

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
doktorského studijního programu

Filozofie



DISERTAČNÍ PRÁCE
(obor Aplikovaná etika)

**Uplatňování principu ekvity
při tvorbě zdravotnického systému**

The Application of the Equity Principles
in the Development of the Health Care System

Mgr. Monika Válková

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Praha 2014

Prohlašuji, že jsem disertační práci včetně příloh vypracovala samostatně s využitím
uvedených pramenů a literatury:

Obsah

1	ÚVOD	4
2	HODNOTY VE SPOLEČNOSTI, OBECNÉ ZAMYŠLENÍ NAD VÝZNAMEM HODNOT.....	8
2.1	HODNOTA ZDRAVÍ	10
2.2	SOLIDARITA VE SPOLEČNOSTI	12
2.2.1	<i>Historie vzniku solidarity</i>	<i>14</i>
2.2.2	<i>Paternalistický a charitativní model solidarity</i>	<i>14</i>
2.2.3	<i>Solidarita v období osvícenství</i>	<i>18</i>
2.2.4	<i>Primární a sekundární solidarita</i>	<i>18</i>
2.3	TYPOLÓGIE SOCIÁLNÍCH STÁTŮ	19
2.3.1	<i>Koncept liberálního státu (reziduální pojetí)</i>	<i>19</i>
2.3.2	<i>Koncept sociálně právního státu (korporativní pojetí).....</i>	<i>21</i>
2.3.3	<i>Koncept sociálního státu, institucionální pojetí.....</i>	<i>23</i>
2.3.4	<i>Sociální stát a jeho charakteristika.....</i>	<i>25</i>
2.3.4.1	<i>Cesty z krize.....</i>	<i>28</i>
2.3.4.2	<i>Východiska z krize sociálního státu.....</i>	<i>29</i>
2.4	SOCIÁLNÍ SOUDRŽNOST VE SPOLEČNOSTI	33
2.4.1	<i>Solidarita a sociální soudržnost ve společnosti</i>	<i>34</i>
2.5	PRINCIP EKVITY	35
2.6	PRINCIP SPRÁVEDLNOSTI A SLUŠNOSTI (EKVITA)	37
2.6.1	<i>Spravedlnost v přístupu ke zdravotní péči a právo na zdraví.....</i>	<i>42</i>
3	ALOKACE ZDROJŮ V RÁMCI SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	43
3.1	VEŘEJNÉ STATKY A STÁT	45
3.2	EKONOMICKÝ POHLED NA ZDROJE	46
3.2.1	<i>Makroekonomický pohled</i>	<i>46</i>
3.2.2	<i>Mikroekonomický pohled</i>	<i>47</i>
4	PRÁVNÍ PŘEDPISY V ČESKÉ REPUBLICE	47
4.1	MEZINÁRODNÍ DOKUMENTY TÝKAJÍCÍ SE PRÁVA NA ZDRAVÍ	47
4.1.1	<i>Mezinárodní dokument Ekonomické a sociální rady Spojených národů.....</i>	<i>50</i>
4.2	ZÁKLADNÍ PRÁVNÍ PŘEDPISY V OBLASTI PRÁVA NA ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	53
4.2.1.	<i>Reformní zdravotnické zákony nahrazující zákon č. 20/1966 Sb.</i>	<i>56</i>
5.	REGULAČNÍ POPLATKY ZE ZÁKONA O STABILIZACI VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ	60
5.2.	ÚSTAVNÍ SOUD ČESKÉ REPUBLIKY A DISKUSE NAD ZÁKONEM Č. 261/2007 SB.....	60
5.2.1.	<i>Vyjádření Ústavního soudu České republiky.....</i>	<i>61</i>
5.3.	POLITICKÝ BOJ O REGULAČNÍ POPLATKY V ROCE 2008 A 2009.....	62
5.4.	VEŘEJNÉ DISKUSE K REGULAČNÍM POPLATKŮM.....	63
5.5.	REGULAČNÍ POPLATKY V ROCE 2011.....	65
5.5.1.	<i>Ústavní soud České republiky a regulační poplatky v roce 2011</i>	<i>66</i>
5.5.1.1.	<i>Diskuse k alokaci finančních prostředků ve zdravotnickém a sociálním systému.....</i>	<i>67</i>
5.6.	VEŘEJNÁ DISKUSE O ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH	69
6.	HISTORICKÝ VÝVOJ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU	71
6.2.	ROZVOJ SOLIDÁRNÍHO SYSTÉMU	73
6.2.1.	<i>Významné mezníky vzniku zdravotnického systému v Rakousku-Uhersku</i>	<i>76</i>
6.2.2.	<i>Rozvoj sociálního zabezpečení v Rakousku-Uhersku</i>	<i>79</i>
6.2.3.	<i>Mezníky vývoje zdravotnického systému v Rakousku-Uhersku.....</i>	<i>79</i>
6.3.	ROZVOJ SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKOSLOVENSKU PO ROCE 1918	80
6.3.1.	<i>Významný rozvoj oboru sociálního lékařství.....</i>	<i>81</i>
6.3.2.	<i>Rozvoj zdravotnického systému v Československé republice</i>	<i>82</i>
6.3.3.	<i>Rozvoj veřejnoprávního pojištění v Československu</i>	<i>87</i>
6.3.4.	<i>Chudinská péče o občany v Československé republice.....</i>	<i>88</i>

6.4.	VÝVOJ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU V OBDOBÍ 1945–1970	90
6.4.1.	<i>Nedvědvův zdravotnický model</i>	90
6.4.2.	<i>Semaškův model státního zdravotnictví</i>	91
6.4.3.	<i>Rozvoj dostupnosti zdravotních služeb do roku 1970</i>	92
6.4.4.	<i>Nejdůležitější systémové změny ve zdravotnickém systému v období 1945–1970</i>	94
6.4.4.1.	Prevence ve zdravotnickém systému	94
6.4.5.	<i>Centrální řízení zdravotnického systému</i>	95
6.4.5.1.	Právní podpora zdravotnického systému	96
6.4.5.2.	Etické právní otázky poskytování zdravotní péče	97
6.4.6.	<i>Rozvoj dostupnosti zdravotních služeb od roku 1970 do roku 1989</i>	98
7.	VÝVOJ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU PO ROCE 1989	100
7.1.	REFORMNÍ ZMĚNY VE ZDRAVOTNICKÉM SYSTÉMU PO ROCE 1989	100
7.1.2.	<i>Reformní snahy ve zdravotnickém systému</i>	101
7.1.3.	<i>Vznik veřejného zdravotního pojištění</i>	102
7.1.3.1.	Snahy o změnu v dostupnosti v primární péči	102
7.1.3.2.	Regulační mechanismus omezující nadužívání péče	103
7.2.	PROCESY PRIVATIZACE A ALOKACE ZDROJŮ	104
7.3.	ETAPY PRIVATIZACE ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU	105
7.4.	DEFICITNÍ HOSPODAŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM SYSTÉMU	106
7.5.	KONCEPČNÍ NÁVRHY ZMĚNY DEFICITNÍHO HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU	107
7.5.2.	<i>Přehled koncepčních návrhů</i>	109
7.5.3.	<i>Projekt Českého zdravotnického fóra</i>	110
7.5.4.	<i>Koncepce ministra zdravotnictví Josefa Kubinyho</i>	111
7.5.5.	<i>Koncepce Jaromíra Vepřeka a jeho spolupracovníků</i>	111
7.5.6.	<i>Koncepce zdravotnictví České republiky na období 2005–2009</i>	113
7.5.7.	<i>Koncepce ministra Tomáše Julínka</i>	114
8.	PROJEKT KULATÝ STŮL ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ	115
8.1.	VYMEZENÍ PROBLÉMOVÝCH OKRUHŮ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ PROBLÉMOVÉ OKRUHY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ	116
8.2.	DISKUSE NAD SPRÁVEDLNOSTÍ VE ZDRAVÍ Z POHLEDU PROGRAMU ZDRAVÍ 21	119
9.	ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY	120
9.1.	ŠVÉDSKÝ MODEL ZDRAVOTNÍ PÉČE	121
9.1.2.	<i>Systém zdravotní péče ve Švédsku</i>	122
9.1.3.	<i>Rehabilitační a dlouhodobá péče</i>	123
9.1.4.	<i>Strategické záměry Švédky v oblasti zdraví</i>	124
9.2.	FRANCOUZSKÝ MODEL ZDRAVOTNÍ PÉČE	125
9.2.2.	<i>Systém zdravotní péče ve Francii</i>	126
9.2.3.	<i>Rehabilitační péče</i>	127
9.2.4.	<i>Dlouhodobá péče o osoby se zdravotním postižením</i>	128
9.2.5.	<i>Strategické záměry Francie v oblasti zdraví</i>	129
10.	HODNOCENÍ ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ DLE DOPORUČENÍ WHO	130
11.	ZDRAVOTNÍ STAV (STATUS) OBYVATELSTVA	131
11.1.	DETERMINANTY ZDRAVÍ	134
11.2.	POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY	140
11.3.	FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ A ALOKACE ZDROJŮ	147
12.	DLOUHODOBÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	153
12.1.	KAZUISTIKA KLIENTKY S INSUFICIENCÍ JATER	154
12.2.	KAZUISTIKA II: ŽENY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	158
12.2.2.	<i>Obecné závěry, které lze z výše uvedených kasuistik učinit</i>	161
12.3.	SPECIFIKA ŠVÉDSKA V POSKYTOVÁNÍ DLOUHODOBÉ PÉČE	163
12.4.	SPECIFIKA FRANCIE V POSKYTOVÁNÍ DLOUHODOBÉ PÉČE	165
12.5.	DISKUSNÍ MATERIÁL K VÝCHODISKŮM DLOUHODOBÉ V ČESKÉ REPUBLICE	167
12.5.1.	<i>Obecné závěry k zavedení dlouhodobé v České republice</i>	168

12.6.	DŮVODY LEGISLATIVNÍHO ŘEŠENÍ DLOUHODOBÉ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	170
12.6.1.	<i>Návrh na zlepšení koordinace mezi zdravotním a sociálním systémem</i>	172
12.6.2.	<i>Možnosti řešení dlouhodobé péče:</i>	175
12.6.2.1.	Základní principy rozhodování o nároku klienta v dlouhodobé péči	175
12.6.2.2.	Oblasti posuzování disability klienta	176
12.6.3.	<i>Návrhy na vytvoření lůžek a financování dlouhodobé péče</i>	178
12.6.4.	<i>Návrh dlouhodobé domácí zdravotní péče</i>	179
12.6.5.	<i>Dostupnost domácí zdravotní péče a sociálních služeb</i>	180
12.6.5.1.	Organizace dlouhodobé péče v terénních a ambulantních službách	180
12.6.5.2.	Rozdělení kompetencí při poskytování zdravotní a sociální péče	181
12.6.6.	<i>Návrhy na podporu a pomoc neformálně pečujícím</i>	182
12.7.	DISKUSE K DLOUHODOBÉ PÉČI V ČESKÉ REPUBLICE	182
12.8.	ZÁVĚR	185
13.	DISKUSE.....	187
13.1.	ZDRAVOTNÍ STAV (STATUS) OBYVATELSTVA	187
13.2.	OBLAST HODNOCENÍ STATISTICKÝCH DAT ZABEZPEČENÍ PRIMÁRNÍ A LŮŽKOVÉ PÉČE	191
13.3.	OBLAST ŽIVOTNÍHO STYLU ZAMĚŘENÁ NA DETERMINANTY ZDRAVÍ	195
13.4.	OBLAST FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ A ALOKACE ZDROJŮ V RÁMCI ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU.....	198
13.5.	OBLAST REHABILITAČNÍ A DLOUHODOBÉ PÉČE	199
14.	ZÁVĚR.....	207
	PŘÍLOHA Č. 1 MODELACE NÁKLADŮ NA OŠETŘOVACÍ DEN.....	212
	PŘÍLOHA Č. 2 OŠETŘOVATELSKÉ VÝKONY	215
	SEZNAM LITERATURY	216
	SEZNAM GRAFŮ	223

Anotace

Disertační práce na téma Uplatňování principu ekvity při tvorbě zdravotnického systému je zaměřena na etické principy, které se promítaly ve vývoji zdravotnického systému v České republice. Základní etické principy uplatňované ve zdravotnických systémech jsou solidarita, spravedlnost (ekvita), rovnost a právo na zdraví. Z historického hlediska je solidarita nejstarším etickým principem, který měl vliv na utváření jednotlivých typů sociálních států v Evropě. Je zkoumána z pohledu vývoje sociálního zabezpečení v době nemoci a chudoby. Zdravotnický systém v České republice je hodnocen z hlediska uplatňování etických principů v různých etapách společenského uspořádání země od Rakouska-Uherska až do současnosti.

Ve druhé části disertační práce jsou srovnávány zdravotnický systém České republiky se zdravotnickými systémy Švédska a Francie, a to na základě etických principů solidarity, spravedlnosti, resp. ekvity, a práva na zdraví. Hlavním cílem disertační práce bylo na základě vybraných indikátorů analyzovat (stanovit, zjistit), zda náš zdravotnický systém respektuje etické principy dle doporučení dokumentu WHO (program Zdraví 21). Jako hlavní indikátory byly zvoleny kardiovaskulární choroby z hlediska incidence, léčby a dostupné struktury zdravotní péče (rehabilitační a dlouhodobá péče) a dále ukazatele zdravého životního stylu, které jsou hlavními determinantami vzniku kardiovaskulárních chorob. V porovnávací studii byla použita statistická data (2011) ze zemí OECD, výzkumů WHO a dat zdravotních pojišťoven. Výsledky jsou znázorněny graficky s následným komentářem a diskusí nad výsledky s ohledem na předem vybrané indikátory. V diskusi jsou vymezeny etické otázky týkající se našeho současného zdravotnického systému. Závěr disertační práce je věnován hodnocení etických principů nastavených priorit ve zdravotnických systémech České republiky, Švédska a Francie.

Klíčová slova

Hodnoty, etické hodnoty, solidarita, spravedlnost, rovnost, právo na zdraví, ekvita, dlouhodobá péče, geneze vzniku zdravotnického systému v České republice, sociální stát, zdravotnické systémy, Švédsko, Francie.

Abstract

The thesis regarding the topic of Application of the equity principle during the creation of the health system is focused on the ethical principles, which were reflected in the development of the health system in the Czech Republic. Those are solidarity, justice, equality and the right to health. Solidarity is the oldest of the principles, that has had impact on the creation of the individual types of social states in Europe. Solidarity is examined from the perspective of development of social security in times of illness and poverty. The health system of the Czech Republic is appraised in terms of application of the ethical principles at various stages of organisation of the country from the times of the Austro-Hungarian Empire to present.

The health systems of Sweden and France were compared to the health system of the Czech Republic in terms of solidarity, justice, equality and right for health in the practical part of the thesis. The main objective of the thesis was to demonstrate whether our health system respects the ethical principles in accordance to recommendations of the WHO document on the grounds of selected indicators. Cardiovascular diseases were selected as main indicators in terms of incidence, treatment and accessible structures of health care (rehabilitation and long-term care). Furthermore, the indicators of health life-style were selected. They are the main determinants of cardiovascular disease as well. Statistical data from the OECD countries, WHO research and health insurance companies were used in the comparative study. The results are graphically depicted with following comments and discussion above the results according to pre-selected indicators. Ethical matters regarding our contemporary health system are defined in the discussion. The conclusion of the thesis is dedicated to the evaluation of ethical principles and set priorities in health systems of the Czech Republic, France and Sweden.

Key words

Values, ethical principles, solidarity, justice, equality, right for health, genesis of health system in Czech Republic, social state, health system of Sweden and France.

1 Úvod

Zdravotnické systémy prošly do současné doby dlouhým historickým vývojem. Pokud chceme jejich historický vývoj sledovat, musíme souběžně sledovat i vývoj sociální péče. Zdraví není záležitostí pouze jedince, ale celé společnosti a představuje tak významnou společenskou hodnotu.

Tato disertační práce se věnuje uplatňování principu ekvity, který ovlivňoval utváření zdravotnického systému v České republice. Hodnocení našeho zdravotnického systému bude z hlediska ekvity srovnáváno se zdravotnickými systémy jiných evropských zemí, které v minulosti prošly systémovou transformací zdravotnictví, konkrétně Švédska a Francie. Švédsko reprezentuje stát se zavedeným severským modelem zdravotní péče a Francie uplatňuje západoevropský typ zdravotní péče. Francie představuje sociální stát, který je konzervativně korporativní; systém zdravotnictví je založen na povinném zdravotním pojištění a dobrovolném soukromém pojištění, které je využíváno ke krytí spoluúčasti klienta za poskytovanou zdravotní péči. (Krebs a kol., 2009) Švédsko je jako sociálně demokratický stát založeno na univerzální sociálně zdravotní politice. Je tedy typickým představitelem skandinávského modelu sociálního státu, který vznikl již ve 30. letech 20. století a uplatňuje univerzální sociálně zdravotní politiku. Systém zdravotní péče je závislý především na daních a příspěvků na pojištění mají sekundární roli.

Česká republika prošla během svého historického vývoje několika typy sociálního státu. Do roku 1918 byl český stát součástí Rakouska-Uherska, kde byly položeny základy sociálního pojištění (korporativní pojetí), a tento koncept se zachoval i během 2. světové války. Po roce 1947 byl nastaven koncept na základě britského univerzálního pojišťovacího systému. V rámci politických změn po roce 1948 se moci ujala komunistická strana a rozvíjel se sociální stát, který Dekenova typologie sociálních států označuje jako leninský režim. (Potůček, 2005 in Deken, 1992) V současné době se v České republice uplatňuje také korporativní pojetí sociálního státu. Financování zdravotnického systému je založeno na povinném všeobecném zdravotním pojištění a finanční spoluúčasti. Po roce 1989 došlo ve zdravotnickém systému v České republice k mnoha změnám, a to zejména v oblasti jeho řízení, od centrálního k regionálnímu řízení, a privatizaci zdravotních služeb.

V teoretické části budou hledány vzájemné vztahy stávajícího zdravotnického systému s etickým principem ekvity v oblasti zdraví. Největší hodnotou při tvorbě zdravotnického systému je zdraví lidí, které představuje, respektive mělo by představovat jednu z nejvyšších hodnot ve společnosti. Odhaduje se, že zdravotnictví ovlivňuje celkové zdraví lidí asi z 10 % až 15 % (genetika 10–15 %, prostředí 20 %, způsob života 50 %)¹. Holčík uvádí, že: „*Genetický základ determinuje zdraví z 20 % a zdravotní služby z 10 %. Zřejmě nejvýraznější determinantou zdraví jsou lidé.*“ (Holčík, 2004, s. 34)

Holčík dále píše: „*health*‘ se v anglosaských zemích používá pro označení oboru, který se zabývá širšími aspekty péče o zdraví a nezahrnuje jen medicínskou problematiku, je to úsilí organizované společností s cílem chránit, rozvíjet a navracet zdraví lidí. Jde o kombinaci vědy, dovedností a přesvědčení orientované na udržení a zlepšení zdraví všech lidí prostřednictvím skupinových sociálních opatření.“ (Holčík, 2004, s. 123)² „*Důraz na individuální péči o své vlastní zdraví nesnímá dílčí odpovědnost státní správy a samosprávy za vytváření podmínek pro zdraví lidí.*“ (Holčík, 2004, s. 99)

Zdravotnický systém můžeme hodnotit z hlediska principu ekvity ve vztahu k solidaritě, tzn. jak je zabezpečena zdravotní péče o chudé a bohaté, zdravé a nemocné. Hodnota zdraví má význam nejenom pro jedince, ale má také sociální rozměr. Jan Holčík v této souvislosti uvádí, že: „*Sociální hodnota zdraví vychází z poznání, že každý populační celek, má-li přežít, musí věnovat pozornost zdraví lidí.*“ (Holčík, 2008, s. 5) Nabízí se otázka, proč tomu tak vždy není. Jedním východiskem by dle Jana Holčíka mohla být zdravotní výchova a podpora zdravotní gramotnosti osob, které si budou uvědomovat odpovědnost za své zdraví. Zdravotní politika státu by se měla při stanovování priorit v péči o zdraví se zapojením jednotlivých komunit a sociálních skupin obyvatelstva opírat o vědecké důkazy a využívat všechny úrovně řízení, uplatňovat meziresortní přístup (Holčík, 2008).

Výsledkem dobré péče o zdraví a výkonného zdravotnického systému jsou zdraví lidé, alespoň v co největší možné míře. Tento cíl je však obtížně splnitelný, a proto se zdravotnické systémy zaměřují spíše na ovlivnitelné faktory – preventabilní, léčitelné,

¹ Anderson, R., Kickbusch I.: Health Promotion: A Resource Book. WHO Reg. Office for Europe, Copenhagen, 1990. (cit. dle Drbal, Ctibor, Bencko, Vladimír. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života; in: Payne, 200, s: 234).

² Holčík (2004:124) přitom upozorňuje, že „termín *public* (veřejný) má v angličtině jednoznačně pozitivní konotaci. Např. public house (doslova veřejný dům), zkráceně *pub* je hospoda, kam Angličané rádi chodí, a která je součástí anglické kultury.“

rehabilitovatelné, kompenzovatelné. Ideálně nastavený zdravotnický systém se opírá o několik pilířů, které spolu úzce souvisí a nelze je od sebe oddělit. Mezi ně patří financování systému zdravotní péče, základní legislativa, která tento systém vymezuje, a předpisy tvořící ucelený legislativní rámec pro organizaci tohoto systému.

Pojem péče o zdraví však můžeme chápat širěji než jako zdravotní péči, kterou se rozumí poskytování profesionální zdravotní péče. Do péče o zdraví patří prevence, a to v nejširším slova smyslu, a také výchova lidí ke zdraví a možnost získání informací o zdravém způsobu života. Čím dále tím více hovoříme o tzv. zdravotní gramotnosti (health literacy), která závisí jak na osobních schopnostech a předpokladech, tak na společenském prostředí, hodnotách, dostupnosti informací, mediálním prostředí, fungování veřejného zdravotnictví, na jeho efektivnosti v oblasti výchovy a edukace ke zdraví, na sociálním marketingu zdravého životního stylu a možnostech managementu chronických onemocnění. (World Health Organization 2013)

Vědecké poznání přináší nejen vývoj nových léčiv, zdravotnických prostředků, léčebných metod, ale také nové znalosti o podpoře zdraví a fungování zdravotnických systémů. Na těchto poznatcích se vytváří systém medicíny a zdravotní péče. Měly by také být pilířem racionální alokace zdrojů a zamezit plýtvání finančních prostředků na neefektivní zdravotní péči.

Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory, tzv. determinantami zdraví. Jednou z těchto determinant je i zdravotní péče. Zdůrazňuji, že se jedná pouze o jednu z determinant a že zdravotní péče ovlivňuje zdraví pouze z 10 %. Daleko větší význam v životě jedince má zdravý životní styl. Nicméně je třeba připustit, že zdravotní péče a péče o zdraví v širším slova smyslu jsou faktory, které mají velký vliv na zdravotní stav obyvatelstva. Záleží na organizaci, kvalitě, efektivnosti a dostupnosti. Moderní stát by měl podporovat a ochraňovat zdraví každého jedince či skupiny, neboť zdraví je významnou ekonomickou entitou; jedná se o předpoklad prosperity společnosti.

Anthony Giddens, který se zabývá hodnocením zdravotnickému systému, uvádí: „Hodnocení zdravotnických systémů nás nakonec nutně přivádí k některým základním otázkám, na které musíme nějak odpovědět. Společnost jako celek se nemůže vyhnout určitým základním rozhodnutím. Záleží na věku pacienta? Měli bychom zachraňovat životy mladších pacientů s větším úsilím než životy starších? Máme některé aspekty zdravotního stavu považovat za významnější než jiné, a pokud ano, proč? Na žádnou z těchto otázek není snadná odpověď. Ve vyspělých průmyslových zemích lze očekávat, že další vývoj bude místo zvyšování nákladů na

léčbu již vzniklých chorob probíhat spíše ve znamení prevence a zdravější životosprávy.“ (Giddens, 1997, s. 151)

Zdravotní péče má velký význam v životě každého člověka, neboť napomáhá udržet či navrátit zdraví. Jan Holčík uvádí, že: *„Zdraví, jakožto humánní kategorie a potřeba, by mělo být pojímáno v celé šíři. Zájem a péče o ně i odpovědnost za jeho ochranu a navrácení je výsledkem, medicínsko-sociálním úkolem i morálním závazkem. Vzhledem k tomu, že žádný stát na světě, žádná populace nemá tolik prostředků, kolik by bylo možné pro zdraví lidí užitečně vynaložit, je krajně důležité vzácné zdroje skutečně hospodárně využívat.*“ (Holčík, Koupilová, 2002, s. 108–109)

Srovnávací studie vybraných indikátorů zdravotnických systémů České republiky Francie a Švédska by měla přinést odpověď na otázku, zda náš současný zdravotnický systém respektuje princip ekvity. Politické změny, které v České republice proběhly po roce 1989, se také významně projeví v řízení systému zdravotní péče. Zdravotnický systém prošel během 21 let několika transformačními změnami, které se promítly i do zdraví obyvatelstva. Bylo předloženo celkem 21 koncepčních návrhů na transformaci zdravotnického systému, přesto je v České republice stále uplatňován model akutní péče. Kořeny současného zdravotnického systému je nutné hledat v historii. Mají vliv na současnou síť poskytované zdravotní péče, zdravotní stav obyvatelstva a alokaci finančních zdrojů.

Mezi klíčové principy každého zdravotnického systému patří spravedlnost ve zdraví a solidarita, ekonomická efektivita, dostupnost a preventivní opatření. Výsledky srovnávací studie jednotlivých zdravotnických systémů budou s ohledem na určené indikátory hodnocení systému diskutovány v závěru práce. V následujících kapitolách se budu zabývat klíčovými pojmy, které mají vztah k vývoji zdravotnického systému, a dále vysvětlení pojmu hodnota.

2 Hodnoty ve společnosti, obecné zamyšlení nad významem hodnot

Problematikou hodnot se zabývají vědní disciplíny, jako je etika a filozofie, s přispěním jiných vědních oborů, sociologie, antropologie a psychologie. Jednotlivé vědní disciplíny zkoumají hodnoty ve společnosti z různých úhlů pohledu a používají k tomu různé přístupy. Zaměřím se zde na hodnoty určující vývoj lidské společnosti, jako jsou solidarita, rovnost, a alokaci zdrojů, které podporují, či nepodporují zmíněné hodnoty. Ladislav Tondl uvádí, že: „*Jsou-li etické hodnoty a s nimi spojené normy vázány na možná a na současné úrovni proveditelná cílově orientovaná jednání lidských bytostí, musí zahrnovat také vymezení přijatelných podob nebo forem tohoto jednání, určení jeho mezí nebo hranic, které nemají být překročeny.*“ (Prudký a kol., 2009, in Tondl, s. 20) Tento výklad etických hodnot odkazuje na schopnost sebereflexe každého člověka, jeho zkušenosti a subjektivní vidění světa. Je velice důležité, jak člověk hodnotám porozumí a zda je přijme za své. Z hlediska porozumění hodnot záleží na výchově jedince v rodině, vzdělání a vlivu socioekonomického prostředí, kde žije.

Z historického hlediska byla hodnota původně vyjadřovaná jako ekonomický pojem a měřena penězi. Hodnota ceny má velký význam pro změny ve společnosti. Jan Sokol uvádí toto: „*Hodnota je měřítko hodnocení, např. užitku (h. užitná) nebo hodnota směny (h. směnná, cena). Tento původně ekonomický pojem se rozšířil na obecný pojem pro všechno, čeho si ceníme nebo vážíme jako takového, ne jako prostředku k něčemu jinému. To, co je vzácné, čemu se člověk věnuje, za čím je ochoten jít.*“ (Sokol, 2010, s. 279) Pokud se zamyslíme nad hodnotou ceny ve vztahu ke zdraví, můžeme konstatovat, že v současném zdravotnickém systému měříme zdraví penězi (např. cenová kalkulace lékařských výkonů, ošetřovatelských výkonů, cena farmak, spoluúčast klienta a další). Etickou otázkou zůstává, zda nastavení ceny za zdravotnické služby přináší odpovídající užitek. Hodnoty můžeme také sledovat v souvislosti s vývojem společnosti, se vznikem trhu a peněz. Hodnotu peněz Jan Sokol vyjadřuje takto: „*Ve svobodné společnosti, která nutně koordinace činností svých členů nedosahuje násilím, nýbrž přitažlivostí hodnot, to znamená nejčastěji peněz, znamenají peníze přirozeně také jistou moc.*“ (Sokol, 2010, s. 168) V dnešní moderní společnosti obstarává stát veřejné statky (finanční zdroje na pokrytí zdravotních a sociálních

služeb a některých veřejných služeb) formou přímých a nepřímých daní a systémem sociálního a zdravotního pojištění.

Státu je svěřena určitá moc v oblasti stanovování priorit zdravotní a sociální politiky, a tedy i alokace finančních zdrojů do těchto oblastí. Pokud většina politických aktérů rozhodujících o financování veřejných služeb nebude vnímat hodnotu zdraví jako nejvyšší prioritu rozvoje sociálního kapitálu ve společnosti, budou trvale růst náklady na veřejné sociální a zdravotní služby. Jan Holčík k problematice hodnoty peněz uvádí, že: *„Může se stát, že si někdo neuvědomí šíři a mnohotvárnost lidských hodnot a podlehne iluzi, že jedinou hodnotou jsou peníze, za které si všechno koupí. Jakkoli jsou peníze pro péči o zdraví nesmírně důležité, neměly by být považovány za hodnotu jedinou.“* (Holčík, 2005, s. 2)

Jako hodnotu můžeme z hlediska filozofie označit něco, čeho si vážíme a čeho se snažíme za vynaložení značného úsilí dosáhnout. (Sokol, 2010) Hodnoty se během života každého jedince mění a ovlivňují jeho myšlení, jednání. Uvědomění si určité hodnoty, která je pro člověka důležitá, vede k přizpůsobení jeho jednání, aby dosáhl svého cíle.

Člověk se už od dětství učí od svých rodičů, ve škole a v prostředí, v němž se pohybuje, zásadám správného jednání, které později aplikuje automaticky a vůbec o nich nepřemýšlí. Jan Sokol uvádí, že: *„Díky tomu, co jsme se takhle v dětství naučili, můžeme většinu běžných věcí dělat skoro automaticky, bez přemýšlení a s jistotou, protože tak se to dělá. Nezátěžují nám hlavu a uspokojují i naše okolí: takhle se to u nás dělá.“* (Sokol, 2007, s. 149) Toto jednání Jan Sokol nazývá odlehčením, neboť pokud ve společnosti, ve které žijeme, jednáme všichni stejně, dáváme si tak najevo, že k sobě patříme a můžeme si navzájem důvěřovat.

Jan Sokol se zabývá třemi úrovněmi ovlivňujícími naše jednání a chování, které se utvářejí během našeho života. Mezi tyto základní úrovně lidského jednání a chování patří mrav, morálka a etika, které jsou součástí vývoje hodnot u člověka. Naučené vzorce chování vytvářejí společenské mravy, které jsou vysoce hodnoceny; členové společnosti jsou nuceni chovat se očekávaným způsobem. Společenský mrav je založen na vzájemném a předvídatelném chování a jednání (uniformita) všech lidí ve společnosti. (Sokol, 2010) V praxi to znamená, že základním mravům se člověk učí nejprve od svých rodičů, kde získává základní návyky, například se učí chovat vůči starším lidem, vztahům mezi lidmi.

Další úroveň, která řídí naše jednání, je morálka. Vyznačuje se tím, že každý člověk má sám soudit a zvažovat. Morálka naproti mravu je velmi individuální; mrav je kolektivní záležitostí. Individuální morálka a osobní mravní odpovědnost je základem pro lidskou

společnost a její další vývoj. Třetí vrstvou, která nutí člověka hledat „dobrý život“ a stojí za tím, že chce být lepší, je etika (Sokol, 2010). Vlastimil Hála, který se ve své knize zabývá výkladem hodnot filozofa Hartmanna, uvádí toto: „*Hodnoty samy o sobě nemají determinující moc. Je to lidská bytost, jež je schopna adekvátním způsobem na ‚výzvu‘ hodnot odpovídat a v případě hodnot mravních je realizovat, anebo se jejich apelu vzepřít.*“ (Hála, 2009, s. 49)

Sociolog Libor Prudký zmiňuje, že: „*Hodnoty můžeme chápat jako produkt subjektivního vztahu ke skutečnosti.*“ (Prudký, 2009, s. 24–25) Tento autor se spolu se svými spolupracovníky velice podrobně zabývá etickými hodnotami a postoji v knize Studie o hodnotách. Libor Prudký a kolektiv uvádí: „*Etické hodnoty a etické normy také vymezují vzájemné vztahy mezi lidmi, a to zejména vztahy v rámci určitých společenských skupin a pospolitosti, které umožňují sdílení společných hodnot, generování těchto hodnot a tím i záruky udržitelného vývoje.*“ (Prudký a kol., 2009, s. 20) Člověk sám rozhoduje, jaký vztah zaujme k určité hodnotě, zda ji přijme, nebo odmítne.

Můžeme definovat různé zdroje utváření hodnot, které ovlivňují vztahy mezi člověkem a subjektivním vnímáním hodnot. Na utváření hodnot během našeho života má mimo jiné vliv míra svobody, a to ve vztahu k svobodnému jednání vůči ostatním lidem.

Schopnost člověka rozlišovat, co je hodnotné a čeho chce dosáhnout, tedy závisí na jeho svobodném jednání. Svobodné jednání jednotlivce však nesmí omezovat svobodu jiného člověka. Jedinec si musí uvědomovat i hranice svého svobodného jednání, dbát určitých společenských pravidel a umět přijímat odpovědnost za své skutky.

Inna Čábelková k pojetí svobodného jednání uvádí toto: „*Aby mohl vznikat a rozvíjet se prostor svobody ve společnosti, je nezbytné, aby jedinec, skupina či společenství usilovali o rozšíření nabídky šancí obecně.*“ (Prudký a kol, 2009, s. 138) Autorka v souvislosti se svobodou dává do popředí důraz na solidaritu a soudržnost ve společnosti. Člověk může svým správným svobodným jednáním ovlivňovat nejen sebe, ale také ostatní lidi.

V následující kapitole se budu věnovat hodnotě zdraví a jejímu významu ve vztahu k formování zdravotnického systému.

2.1 Hodnota zdraví

Často citovaná definice zdraví (věta z Preambule ustavujícího dokumentu či ústavy Světové zdravotnické organizace) zdůrazňuje, že zdraví není jen nepřítomnost nemoci nebo

postižení (infirmary), ale „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody“³. Pojem pohody (well-being) v sobě zahrnuje odkaz na pozitivní obsah, smysl a potenciál slova zdraví, který představuje ideální hodnotu a cíl, o který se má a lze usilovat. Haškovcová (2007) v této souvislosti upozorňuje na hodnotový, ale i kulturně podmíněný význam slova „pohoda“, který je hluboce zakotven v židovské tradici.⁴

„Zdraví má výraznou objektivní i subjektivní složku. Čím hlouběji je studováno, tím výrazněji vystupuje jeho celostní a hodnotový charakter.“ (Holčík, 1995, s. 24) Pozitivní aspekty zdraví dokážeme nezdědka obtížně postihnout a měřit a jeho hodnotu si často uvědomujeme až tehdy, kdy je v ohrožení buď naše vlastní zdraví, nebo zdraví někoho blízkého.⁵ Na hodnotu zdraví se také můžeme podívat jako na nástroj a výsledek skupinové kontroly, kdy jedinec musí přizpůsobovat své chování zájmům skupiny. Libor Prudký hovoří o významu skupinové dynamiky, která má velký vliv na utváření a vznik hodnot ve společnosti a podporuje rozvoj skupiny a členů (Holčík, 2008). Hodnotu je možné také vnímat tak, že pokud si člověk neuvědomuje vlastní svobodu a možnost svobodného jednání, neuvědomuje si váhu hodnoty v oblasti zdraví.

Jan Holčík zmiňuje, že: „V dobách nesvobody lidé nemají možnost formovat svůj život. Není co vybírat. Význam hodnot narůstá s růstem svobody a do určité míry i s ekonomickým rozvojem společnosti.“ (Holčík, 2005, s. 2) Toto vyjádření Jana Holčíka můžeme vztáhnout na hodnocení zdraví v období totalitních režimů (1948–1989). Občané v tomto období hodnotu zdraví určitě vnímali, ale je také důležité, jak byly hodnoty

³ Preamble Ústavy Světové zdravotnické organizace ve znění přijatém na Mezinárodní konferenci o zdraví, která se konala v New Yorku dne 19. června 1946, byla podepsána dne 22. července 1946 zástupci 61 států (Oficiální věstník Světové zdravotnické organizace č. 2, str. 100) a vstoupila v platnost dne 7. dubna 1948. Definice dostupná online <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

⁴ Tento pojem („šalom“) lze překládat také jako smíření a ve Starém zákoně se vyskytuje 250krát. Etická relevance a konotace pojmu zdraví je tedy zřejmá. Pojem zdraví odkazuje k celku a integritě člověka. Jak uvádí Holčík (1995, s. 24), slovo „zdraví“ lingvisticky úzce souvisí s pojmem „celek“. Anglické slovo health vzniklo ze staroanglického slova hale, které má velice blízko ke slovu whole (celý, zdravý). Podobně německé heil znamená celek i zdraví. Ve slovanských jazycích se tyto významy sice již oddělily, ale např., když se rána hojí, říkáme, že se zaceluje.

⁵ Pojmy jako „pohoda“ (well-being) jsou značně široké a těžko uchopitelné a lze je chápat v rámci multidimenzionálního konceptu kvality života, který v sobě zahrnuje různé prvky subjektivní i objektivní, materiální, spirituální, sociální i ekologické. (Holčík, 1995)

směřovány k cíli – zdraví občanů. Aplikujeme-li hodnocení cílového stavu – zdraví, musíme si uvědomit, že nejdůležitější je, jak vnímá a hodnotí vlastní zdraví jedinec. V systému zdravotnictví hraje velkou úlohu vzdělávání, neboť nedostatečně zdravotně gramotní jedinci nevnímají hodnotu zdraví jako významný předpoklad své úspěšné budoucnosti. Hodnotu zdraví dle Jana Holčíka vnímá nejen člověk, který onemocní, ale také většina zdravých lidí. Uvědomění si jeho hodnoty je podmíněno výchovou lidí ke zdravému způsobu života už od dětství. Společnost by neměla vnímat hodnotu zdraví pouze jako individuální záležitost, ale měla by především vhodnými metodami (legislativa, vzdělávání, zvyšování zdravotní gramotnosti apod.) vytvářet podmínky pro zlepšení zdraví lidí.

Hodnotu zdraví můžeme vyjádřit dvojím způsobem, jednak jako individuální hodnotu zdraví, jednak jako sociální hodnotu zdraví. Jan Holčík hodnotu zdraví definuje takto: *„Individuální hodnota zdraví je spojena s pudem sebezáchovy. Bohužel, hodnotu zdraví si mnozí lidé uvědomují, až když onemocní. Cestou k lepšímu pochopení hodnoty zdraví by měla být výchova posilující důstojnost a svěbytnost lidí.“* (Holčík, 2009, s. 46)

Sociální hodnota zdraví má celospolečenský rozměr, a to nejen ve vztahu k ekonomice státu a alokaci zdrojů ve zdravotnickém a sociálním systému. Pokud nejsou zajištěny podmínky jako dostatečné financování systému, solidarita zdravých a nemocných, chudých a bohatých, dostupná síť zdravotních služeb a preventivní opatření, budou se podmínky pro zachování zdraví zhoršovat.

Stát bude muset alokovat více finančních prostředků do segmentu zdravotních a sociálních služeb. Jan Holčík uvádí, že: *„Sociální hodnota zdraví vychází z poznání, že každý populační celek, má-li přežít, musí věnovat pozornost zdraví lidí.“* (Holčík, 2008, s. 4) Zdraví je tedy hodnotou individuální, ale zároveň také hodnotou společenskou, neboť sociální podmínky, ve kterých člověk žije, jsou důležité pro celkové vnímání zdraví jedince, které se utváří rodinnými a komunitními vazbami, zaměstnáním a zapojením do občanské společnosti. Pokud je společnost zaměřená na podporu zdraví, má to nepochybně dopad na zlepšení zdraví jedince, ale i na ekonomiku společnosti.

2.2 Solidarita ve společnosti

Na úvod své úvahy nad solidaritou a její úlohou ve společnosti jsem si vybrala vyjádření Tomáše Garrigua Masaryka, které uvádí Vojtěch Krebs a kol. v knize Sociální politika. *„Solidarita je etickým příkazem, neboť člověk je dlužníkem společnosti, a zříká-li se svých práv, privilegií, ve shodě s ideou solidarity, je to jen splácení dluhů za prospěch, který*

skýtá společnost jednotlivci, rovněž jako dluh generacím minulým, jejichž statky nakupené pílí jsou mu k dispozici, a povinností všech lidí je solidárně pracovat na rozhojnění tohoto bohatství.“ (Krebs, 2007, s. 33)

Tento výrok o solidaritě vyjadřuje myšlenku etického chování a jednání mezi lidmi a jejich vztahu ke společnosti. Výše uvedenou hodnotou se chci zabývat proto, neboť její historický vývoj úzce souvisí s rozvojem zdravotnického systému a alokací finančních zdrojů do oblasti zdraví. Solidarita je výrazem lidského porozumění a vzájemné pospolitosti. Významně podporuje soudržnost ve společnosti na základě svobodné vůle a ochoty podřízovat se širším zájmům.

Solidarita je jednou z nejstarších etických hodnot, její kořeny nacházíme již v tradičních společnostech. Z principu solidarity se postupně vyvíjely sociální a zdravotní systémy. Můžeme ji dělit dle různých hledisek, například dle toho, v jakém měřítku se uplatňuje:

- a) mezinárodní, aktivity mezinárodních společností, Světové zdravotnické organizace (dále jen SZO), Rady Evropy;
- b) celostátní, organizovanou státem pomocí institucí, jedinců;
- c) místní v rámci užších sociálních skupin;
- d) jednotlivců a rodin – jedná se například o mezigenerační solidaritu.

Vojtěch Krebs a kol. uvádějí, že: *„Solidarita je výrazem lidského porozumění a pospolitosti, vzájemné soudržnosti a také odpovědnosti.“* (Krebs a kol., 2007, s. 43) Solidarita je dle Vojtěcha Krebse uvědomování si odpovědnosti sám za sebe, ale zahrnuje v sobě také podporu a rozvoj celospolečenského vnímání solidarity v širším smyslu. V praxi jde o to, jaká je role státu v redistribuci veřejných prostředků vůči zdravým a nemocným a bohatým a chudým. Solidarita má etickou hodnotu, neboť ti, kteří přispívají formou daní a zdravotního a sociálního pojištění do státního rozpočtu, chtějí vědět, jak jsou tyto finanční prostředky rozdělovány. Stát uplatňuje vůči občanům celospolečenskou solidaritu, která může přinášet i negativní reakce. Vojtěch Krebs a kolektiv o této solidaritě uvádějí toto: *„Solidarita totiž není jen záležitostí těch, kdo ze solidárních fondů získávají, ale je zároveň i záležitostí těch, kdož do těchto fondů přispívají. Oprávněná je otázka, zda je tedy etické a v zájmu společnosti zbavovat jiné jedince značné části jejich legitimních příjmů a zda se v zájmu sociální spravedlnosti jedněch nedopouštíme nespravedlnosti vůči druhým.“* (Krebs a kol., 2007, s. 459) Záleží tedy na rozumné distribuci veřejných zdrojů, aby se pomoc dostala opravdu těm nejpotřebnějším a lidé přispívající do systému nevnímali svůj podíl jako solidaritu vynucenou státem.

2.2.1 Historie vzniku solidarity

Podíváme-li se na historii vzniku solidarity, nesmíme opomenout nejstarší právní a etické kodexy, které obsahovaly právní normy dané společností. V těchto pramenech můžeme najít i jisté zmínky o solidaritě. Jan Sokol se ve své knize *Moc, peníze a právo* věnuje počátkům právních kodexů, které ovlivnily vývoj solidarity. Použiji v této pasáži myšlenky z jeho knihy. V tomto kontextu vývoje práva se například zmíním o židovské Tóře (Zákon Mojžišův, druhá polovina 7. stol. př. n. l.). Tóra dle Jana Sokola zdůrazňuje lidskou solidaritu, pomoc nemajetným a slabším.

Jan Sokol uvádí, že: *„Každý padesátý rok (tj. po sedmkrát sedmi letech) je potom ‚milostivé léto‘, kdy je potřeba propustit (izraelské) otroky, kdy se ruší dluhy (Lv 25) a kdy se koupená půda vrací původnímu majiteli. (...) Na to navazují pozoruhodná ustanovení humanitární či sociální, např. na ochranu chudých, vdov a sirotků.“* (Sokol, 2002, s. 167) Dále Jan Sokol zmiňuje, že: *„Jádrem mravně-právního učení Tóry je slavné Desatero (Dekalog), soupis hlavních příkazů a zákazů jednak vůči Hospodinu, jednak vůči lidem.“* (Sokol, 2007, s. 166)

Desatero můžeme vnímat jako etické minimum chování a jednání lidí. V souvislosti s hledáním prvních známek solidárního chování mezi lidmi uvedu páté přikázání, které nakazuje dětem postarat se o své rodiče. Můžeme se domnívat, že tento příkaz byl myšlen jako povinnost dětí starat se o rodiče jak v nemoci, tak ve stáří. Jan Sokol uvádí: *„Cti svého otce i matku, abys byl dlouho živ na zemi, kterou ti dává Hospodin, tvůj Bůh. Pak následují velice stručné zákazy, týkající se jednání vůči druhým lidem.“* (Sokol, 2007, s. 167)

2.2.2 Paternalistický a charitativní model solidarity

Historicky nejstarší modely solidarity jsou paternalistický a charitativní model. Igor Tomeš uvádí toto: *„Paternalistická péče despotie, vzniklá s rozpadem rodových systémů a dělbou práce, se vyznačovala tím, že byla nedílnou součástí vládnoucích struktur jako důležitý nástroj vlády k tlumení sociálního napětí (...) vládní struktura určovala sociální potřeby, na které bude reagovat, i způsob a rozsah jejich uspokojení, přidělový princip.“* (Tomeš, 2001, s. 34) Helena Haškovcová popisuje charitativní péči následovně: *„Vůdčí myšlenkou pomoci byla láska k bližnímu (řec. charitas = dobročinnost, lidumilství) opírající se o tři dary Boží milosti: víru, naději a lásku. Hlavním a dlouhou dobu jediným cílem všech charitativních snah bylo materiální zajištění starých a nesoběstačných lidí.“* (Haškovcová, 2010, s. 184)

Paternalistický model se rozvinul z rodové solidarity, která byla založena na společném úsilí přežít, kdy hlavním ochráncem rodu nebo kmenu byl náčelník. Uvnitř rodu panoval systém přerozdělování potravy a podílu jednotlivých členů dle jejich schopností přispívat svou prací na tvorbě obživy. Igor Tomeš zmiňuje toto: „*Rodová solidarita nevytvářela žádné zvláštní instituce pro potřebné členy, ale řešila jejich problémy v daném rodovém či rodinném uspořádání. Kmenová solidarita ovládaná náčelníkem se vyvinula v paternalismus.*“ (Tomeš, 2001, s. 33) Po rozpadu rodových společností se uplatňuje paternalistický model solidarity, který je založen na systému dělby práce a přidělového systému pro všechny lidi uvnitř dané společnosti. Nejvyšší pozici v tomto uspořádání měl náčelník nebo feudál, který přiděloval prostředky všem potřebným (přídělovým systémem).

Důvodem rozpadu rodových společností je dle Jana Sokola vznik panství, které se vyznačuje hromaděním a kumulací moci do jedné ruky. Jan Sokol uvádí, že: „*V nejjednodušších lidských společenstvích, která se živí sběrem a lovem, se panství uplatňuje spíše příležitostně. Jeho význam prudce roste teprve ve společenstvích, která dovedou hromadit zásoby, přebytky, majetek.*“ (Sokol, 2007, s. 35)

O tomto modelu můžeme říci, že má známky státní pomoci, neboť se o sociální a zdravotní potřeby staral stát (například v Řecku a v Římě za doby Sokrata, Platóna a Aristotela).

Genezi solidarity se podrobně věnuje Igor Tomeš ve své knize Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost; budu z tohoto uceleného přehledu čerpat a uvedu nejpodstatnější části pojednávající o solidaritě. Státní model solidarity je zmiňován již v období vlády krále Chamurappiho (18. st. př. n. l.), jeho hlavní funkcí bylo tlumit sociální napětí mezi lidmi. Igor Tomeš uvádí toto: „*Mnohé náznaky oficiálních postojů ke společenskému uspořádání lze nicméně vyčíst z egyptských pojednání a nálezů, z babylonských záznamů, zvláště pak ze zákoníku připisovaného Chamurappimu (1728–1686 př. n. l.), ze starých knih Indie a židovských zákonů, z náboženského učení a čínských teologických a etických doktrín.*“ (Tomeš, 2001, s. 34)

Mezi první řízenou státní podporu můžeme dle dostupných materiálů zařadit sociální podporu vojáků, kterým Chamurappi přiděloval půdu; stát se však také staral o vdovy a nezletilé děti. O počátcích státní solidarity můžeme také mluvit v souvislosti s filozofem Platónem (427–347 př. n. l.), který ve svém díle Politeiá „Dokonalá společnost“ uvádí, že se má stát starat o nedospělé děti a nemocným lidem má být poskytnuta lékařská péče. Paradoxem této myšlenky je, že se má pomoci pouze těm, u kterých je naděje, že se navrátí do společnosti jako užiteční, praceschopní lidé.

Dalším myslitelem, který významně ovlivnil řecké a obecně evropské myšlení a filozofii, byl filozof Aristoteles (384–322 př. n. l.). Nabádal své spoluobčany, aby pomáhali chudým a nemocným lidem, kteří si nemohou sami opatřit obživu, neboť chudí občané ohrožovali stát tím, že se soustřeďovali ve velkých městech. V Athénách se poprvé objevil systém testování majetku a příjmu obyvatel, určující hranici státní podpory ve formě diet (příděl obilí, chleba). Ve starém Římě si svobodní řemeslníci vzájemně pomáhali, neboť si uvědomovali, že jejich životní úroveň závisí na jejich práci.⁶ Římský myslitel Seneca (4 př. n. l. – 65 n. l.) se zabýval funkcí státu a jeho sociální podporou potřebným. Zastával myšlenku, že stát a zákony nemohou zlepšit mravy občanů a dobro se má prokazovat každému člověku, neboť každý člověk je roven tomu druhému svou vlastní přirozeností. Klade důraz na altruismus v poskytování pomoci druhým. (Tomeš, 2001)

Můžeme říci, že na jeho filantropické myšlenky odpovědělo křesťanství, které má v rozvoji solidarity velký význam. Křesťanství klade před lidstvo novou absolutní hodnotu, a to věčný život povýšený nad hodnoty zdraví, moci a bohatství. Z učení Ježíšova vznikl základ pro filantropii, založenou především na dobrovolné činnosti a sousedské výpomoci. Křesťanská filantropie tedy potlačuje známky paternalistického modelu, neboť nenese známky systémové péče o potřebné, ale je založena na individualizované pomoci (Tomeš, 2001). Igor Tomeš v této souvislosti uvádí: „*Křesťanská filantropie s sebou přinesla nové prvky. Předně to byla náhodná činnost, která neměla povahu systémové péče, jakou nabízel despotický paternalismus. Za druhé nešlo o ‚otcovskou péči‘, ale o ‚sousedskou výpomoc‘. Za třetí tato pomoc byla zpravidla institucionalizovaná a individualizovaná. Za čtvrté byla dobrovolná.*“ (Tomeš, 2001, s. 38)

Ve středověku růst chudoby (13. a 14. st. v evropských zemích, ve Francii už v 11. st.) vyvolal změnu v péči o chudé. Církev se dokázala postarat pouze o ty nejpotřebnější, chudé, nemocné a slepé lidi. Povinnost péče byla přenesena na šlechtu a obce, například v Anglii za vlády Jindřicha VIII. (1509–1547) a Alžběty (1558–1603) vznikl Alžbětín Kodex chudých (1597). (Tomeš, 2001)

⁶ Zakládali spolky, collegia, za účelem vzájemné pomoci v případě nemoci nebo smrti některého z nich. Tyto spolky měly velký význam a vliv, a proto byly za vlády Marka Aurelia (180–161 př. n. l.) podřízeny státnímu doзору. Ze systému pomoci státu byli často vyřazeni otroci a barbaři, o pomoc se mohli ucházet pouze svobodní občané. (Tomeš, 2001)

Významní představitelé české meziválečné sociální politiky Karel Engliš⁷ a Josef Macek zdůrazňovali pozitivní roli občanské přímé solidarity a dobročinnosti, která by neměla být nahrazena státem, ale měla by být přirozenou součástí sociální politiky. *„Bylo by však pochybeno, chtít snad nahraditi vůbec a ve všech směrech soukromou dobročinnost chudinstvím veřejným; to by znamenalo nechati pro společnost nevyužitkovány velmi cenné kvality, drímající v povaze lidské; naopak bude dobře využítkovati plně těchto kvalit, ale pokud možno nejehospodárněji, tedy působiti k jich organisaci a k účelnému přičlankování k péči veřejné.“* (Engliš, 1921, s. 35–36) *„Chudinství veřejnému stojí po boku chudinství soukromé, dnes hlavně spolkové, které předcházelo chudinství veřejnému. I dnes mu připadá úkol ukazovati cesty chudinství veřejnému, dávatí více, než může dáti chudinství veřejné.“*

Igor Tomeš k tomu uvádí toto: *„Byl první ucelenou legislativou chudinské péče. K jeho vzniku přispěla i okolnost, že nastupující měšťanstvo získalo pozemky zrušením klášterů, ale současně s nimi zrušilo i všechny církevní instituce péče o chudinu, vznikla první novodobá chudinská péče, subvencovaná z veřejných prostředků získaných všeobecnými přímými daněmi.“* (Tomeš, 2001, s. 41)

Ve Francii v 16. století narostly problémy s tuláky a žebráky, kteří ohrožovali města a obce. Francouzský král Karel IX. (1550–1574) vydal královský edikt zvaný Moulinský (1566), který stanovil zásadu nároku na almužnu žebrákovi usídlenému v obci. Král Ludvík XIV. zase nechal v roce 1656 vystavět v Paříži hospital général (chudobince), které se začaly rozšiřovat po celém království a do nichž se zavírali potulní žebráci (Tomeš, 2001).

V Čechách přibýlo v 17. století také mnoho tuláků a bylo nutné tuto situaci nějak řešit. Jaroslava Žáková ve své diplomové práci Historické proměny nezaměstnanosti uvádí k problematice žebráctví toto: *„V roce 1661 byl přijat patent o tulácích a žebrácích, který umožnil obcím přiznávat právo žebrat pouze práce neschopné chudině. O chudé a nemocné práce neschopné osoby pečovala hlavně církev a to až do roku 1785, kdy bylo vydáno*

⁷ Karel Engliš (17. 8. 1880 Hrabyně u Opavy – 13. 6. 1961 tamtéž), český národohospodář a československý politik, významný český národohospodářský teoretik i praktik, tvůrce teleologické hospodářské teorie, pracoval po studiu práv v Mnichově a v Praze v české zemské statistické službě a na vídeňském ministerstvu obchodu. V roce 1911 se stal profesorem národního hospodářství na České technice v Brně, po vzniku Československa se zasloužil o vznik Masarykovy univerzity a byl jejím prvním rektorem; byl několikrát členem vlády jako ministr financí. Od roku 1934 do zániku ČSR pečoval o pevnou měnu jako guvernér Národní banky. V roce 1947 byl zvolen rektorem Univerzity Karlovy, ale řádění akčních výborů v únoru 1948 jej donutilo k rezignaci. V roce 1952 byl vypovězen z Prahy do rodné Hrabyně, a byl mu dokonce odejmut důchod. (Churaň Milan a kol. Kdo byl kdo v našich dějinách ve 20. století. Nakl. Libri, Praha 1998)

nařízení pro Království české, které tuto povinnost uložilo vrchnosti (vydání nařízení pro Království české z 19. srpna 1785 podle dvorského dekretu ze dne 26. 11. 1784, jímž byla tato povinnost uložena vrchnosti a od roku 1854 obcím). V roce 1868 pak byla v českých zemích uzákoněna zásada, že péče se poskytuje pouze chudým s domovským právem.“ (Žáková, 2010, s. 20)

2.2.3 Solidarita v období osvícenství

Dalším významným mezníkem ve vývoji solidarity bylo období osvícenství. V tomto období J. J. Rousseau jako první formuloval přirozená práva člověka, a to zejména právo na život a vlastní existenci. (Tomeš, 2001) Jan Sokol se ve své knize *Moc, peníze a právo* věnuje vývoji lidských práv, která mají vliv na vývoj solidarity. K vývoji přirozených lidských práv uvádí, že: *„Jako nejúčinnější a nejbezpečnější se zdála forma ‚deklarace‘, tj. prostého, byť slavnostního konstatování nepochybného faktu. Proti tendencím vykládat svobody občanů jako (panovníkem) udělovaná privilegia se autoři deklarací obraceli k ‚přírodě‘: člověk má tato práva ‚od přírody‘. Člověk dle Rousseaua má tato práva od přírody, neboť se rodí svobodný.“* (Sokol, 2007, s. 262) Je nutné podotknout, že každý člověk by měl chápat svá subjektivní práva zároveň jako povinnost vůči druhým lidem. (Sokol, 2007) Podle Jana Sokola: *„Pravidla, jimiž se řídí lidské jednání a společenské soužití, jakkoli kulturně a společensky rozvinutá, kultivovaná a symbolizovaná až k nepoznání, mají své velmi hluboké kořeny v dávné minulosti lidstva a že mají tedy jednak pozoruhodně univerzální společné jádro, jednak že jsou pevně zakotvená v samé povaze lidství, kterými se řídí lidské jednání a společenské soužití mají své hluboké kořeny a mají univerzální společné jádro pro všechny kultury, které jsou zakotveny v povaze lidství.“* (Sokol, 2007, s. 271)

2.2.4 Primární a sekundární solidarita

Celý vývoj solidarity můžeme také shrnout do pojmů primární a sekundární solidarita. Sociolog Jan Keller, který je jedním ze současných autorů zabývajících se solidaritou v rámci sociálního státu, uvádí, že: *„Původní formy solidarity měly podobu vzájemnosti, která byla dána společnou příslušností ke skupinám rodinným, příbuzenským, sousedským, později také gildovním, cechovním, církevním a podobně. Takové přirozeně vzniklé skupiny fungovaly jako sebe regulační systémy, jež udržovaly v rovnováze pomocí mobilizace svých vlastních zdrojů.“* (Keller, 2006, s. 91) Působením trhu a státní moci se

pomalu odstraňuje forma primárnej solidarity. Státna moc je založená na princípu kontroly a ochrany života občanov rôznymi právnymi normami.

V evropskom regióne existovali a existujú rôzne koncepty štátov založené na rozličných formách sekundárnej solidarity, kde už môžeme sledovať solidaritu organizovanou štátom a počiatky vývoja etickej hodnoty dostupnosti zdravia pre širšie vrstvy obyvateľstva (Keller, 2006). Na tento historický vývoj naviazal vývoj moderných inštitúcií, ktoré rozvíjajú rôzne pojetia solidarity, spočívajúce buď v poskytovaní sociálnej pomoci jednotlivcom, alebo skupinám obyvateľstva. Igor Tomeš (2001) rozdeľuje jednotlivé formy solidarity takto: reziduálne pojetie (liberálny štát), korporatívne pojetie (sociálne právny štát) a inštitucionálne pojetie (sociálny štát). Stručný popis charakteristiky jednotlivých typov štátu považujú za dôležité východisko pre ďalšiu diskusiu. Popíšu teda jednotlivé typy sociálnych štátov – hlavným kritériom pre mňa bude solidarita v oblasti zdravia (zdravý a nemocný, chudý a bohatý) – a zaměřím sa na alokáciu finančných zdrojov. U každého typu štátu zmienim a rozvedu jeho slabé a silné stránky.

2.3 Typologie sociálních států

2.3.1 Koncept liberálního státu (reziduální pojetí)

Jedním z výše zmíněných konceptů je reziduální pojetí, které se uplatňuje v liberálním státu. Vojtěch Krebs popisuje liberalismus jako: „*Myšlenkový koncept, který staví na osobní svobodě a individuální odpovědnosti. Sociální prospěch a blahobyt každého je závislý především na něm samém, jeho výkonu, osobním nasazení a ochotě nést rizika.*“ (Krebs, 2007, s. 27) Výkladu pojmu liberální stát se věnuje také Igor Tomeš ve své knize Sociální politika a mezinárodní zkušenost – podle něj koncept liberálního státu vychází z institucionalizované filantropie a to z období středověké formy chudinské péče, kdy o svých příjmech a výdajích rozhodovali občané sami. Dále Igor Tomeš uvádí, že: „*Liberální stát ponechával občanu na vůli rozhodovat o svých příjmech a výdajích, tedy i o darech jiným. Liberální stát nepovažoval za svou povinnost starat se o lidi v nouzi.*“ (Tomeš, 2001, s. 33)

Tento typ státu je tedy založen na efektivitě svobodného trhu a výrazně podporuje motivaci lidí, aby se sami zabezpečili v rámci sociálních a zdravotních potřeb. Povinnost postarat se o chudé a nemocné přechází ze státu na nestátní subjekty a obce. Tento koncept

přispěl ke vzniku pracovněprávního zákonodárství a soukromoprávního pojištění.⁸ Igor Tomeš uvádí: „Byla zavedena kategorie chudých (nemocní a staří), kteří byli ubytováni v chudobincích, kdežto kategorie průceschopných byla ubytována v pracovních domech.“ (Tomeš, 2001, s. 4)

V liberálním státě vznikla myšlenka soukromoprávního pojištění.⁹ Sociální pomoc je tedy zaměřena jen na ty nejpotřebnější. Gabriela Munková k tomu uvádí následující: „Liberální sociální stát, který lze charakterizovat dominancí testované sociální pomoci, skromnými universálními transfery a skromným systémem sociálního pojištění. Sociální dávky směřují především k nízkopříjmové klientele (dělnické třídě, osobám závislým na státu).“ (Munková, 2005, s. 49) Jan Keller uvádí toto: „Liberální politika obecně nutí aktéry k přijímání vlastní zodpovědnosti a jen ti, kdo v této oblasti selžou, mohou očekávat minimální pomoc, a to jen v případě, že doloží její potřebnost.“ (Keller, 2005, s. 57) Eva Mitchell, která se zabývá typologizací sociálních států dle Esping-Andersena, uvádí k liberalismu: „Státní intervence do sociální oblasti jsou minimální a přicházejí na řadu, až když rodina a trh selhávají. Úroveň sociálních dávek je zaměřena pouze na základní existenční potřeby, rodina je podporována převážně daňovými úlevami.“ (Mitchell, 2011, s. 19) Tematicke rozdělení sociálních států a jejich kritérií dle Espinga-Andersena se věnují také Bohumila Čabanová a Gabriela Munková, které uvádějí, že: „Stát povzbuzuje trh pasivně – garantováním jen minimálního příjmu, nebo aktivně – dotováním sociálních schémat poskytovaných privátním sektorem. Důsledkem tohoto typu režimu je minimalizace dekomodifikace, omezování sociálních práv atd.“ (Potůček, 2005, s. 254)

Souhrnně lze říci, že liberální pojetí je založeno na tržním hospodářství, volné konkurenci a rodině. Jedinec má svobodnou vůli při výběru povolání, zaměstnání, a pokud pracuje, může se dostatečně zajistit pro případ nemoci a stáří. Na jedince je kladena velká odpovědnost sama za sebe.

Liberální stát může fungovat pouze v období hospodářské a ekonomické stability, ale jen tehdy, když jsou nastavená pravidla, která zajišťují rovnost šancí a stanovují regule pro

⁸ Například v Anglii v 16. století nutil zákon tuláky, aby si svou almužnu odpracovali. V období alžbětinských reforem (17. století) byl zvolen jiný přístup k lidem schopným a neschopným pracovat. (Tomeš, 2001)

⁹ Myšlenku pojištění rozvinuli Benvenuto Straccha (1509–1578) a Georg Olbrecht (1547–1612), a byla rozpracována první matematická statistika k pojišťování osob. Tuto statistiku dále rozpracovával Edmond Halley (1656–1752), který sestavil tabulky k výpočtu životní renty a podpořil tím vznik soukromého životního pojištění. (Tomeš, 2001)

prevzetí odpovědnosti a uplatňování solidarity s jinými jako podmínku pro vlastní svobodu. Největší slabinou liberálního státu může být pokles tržní ekonomiky v období krize, kdy se jedinec nemůže například uplatnit na trhu práce a zůstane s minimem finančních prostředků. Od státu dostane pouze existenční minimum, a tak může být ohrožen chudobou. Faktor chudoby může zapříčinit i nedostupnost zdravotní a sociální péče.¹⁰

2.3.2 Koncept sociálně právního státu (korporativní pojetí)

Dalším konceptem je korporativní pojetí, sociálně právní stát, který je protipólem liberalismu. Tento typ státu není výhradně založen na tržním hospodářství, ale dle Jiřího Musila „*Se vyznačuje specifickou podobou organizace vztahů mezi státem, podnikateli, zaměstnanci a občany. Vyjednávání na centrální úrovni mezi těmito skupinami reflektuje a zároveň znejasňuje rozdíly mezi veřejným a soukromým sektorem.*“ (Prudký a kol., 2009, in Musil, s. 170) Zajímavě se vyjadřuje o korporativním pojetí Igor Tomeš, který uvádí toto: „*Liberalismus podnítil svépomocnou solidaritu. Podobně jako kdysi v Římě. Solidarita mezi občany se ‚stejným osudem‘ vznikla v liberálním státě jako výsledek výrazného posunu od sousedské filantropie, charakterizované principem ‚jedni druhým‘, k vzájemnosti, charakterizované principem ‚sami sobě navzájem‘ nebo lépe ‚dnes ty mně, zítra já tobě‘.*“ (Tomeš, 2001, s. 47) Hlavní myšlenkou je tedy pomoci „sami sobě navzájem“. Podobně popisuje korporativní model Vojtěch Krebs. „*Hlavní myšlenkou tohoto typu je, že sociální potřeby mají být primárně uspokojovány na základě výkonu a produktivity. Je založen na širší kooperaci občanů a nejčastěji také na aplikaci obligatorního sociálního pojištění.*“ (Krebs, 2007, s. 52)

Historickým vznikem a vývojem svépomocné solidarity se zabývá Igor Tomeš; z jeho díla budu vycházet při stručném popisu vývoje korporativního modelu. Již ve 12. století horníci zakládali hornická bratrstva, aby si pomáhali, byli *vzájemně solidární*. Dále se solidarita uplatňovala především ve středověku u svobodných řemeslníků a obchodníků, kteří zakládali cechy, jež stanovovaly povinnost starat se o nemocné a sirotky po zemřelých členech cechu. Filozofický základ institucionalizované solidarity položil August Comte

¹⁰

Příkladem modelu liberálního státu v Evropě je Velká Británie. Ze statistických údajů bych uvedla výdaje na sociální ochranu ze státního rozpočtu (výdaje na starobní a invalidní důchody, zdravotnictví, sociální služby) – ty činily v roce 2005 50,5 % státního rozpočtu; zaměstnanci přispěli z daní 47,9 % a osoby samostatně výdělečně činné 15,5 % (Krebs, 2009).

(1798–1857), jeho velkým přínosem byla myšlenka přerozdělování finančních prostředků státu mezi potřebné. (Tomeš, 2001)

Korporativní pojetí státu ovlivnilo institucionalizovanou solidaritu, která vznikla koncem 18. století v Anglii, kdy byl vytvořen první základ sociálního pojištění, Friendly Societies¹¹. V jiných evropských státech se dělnické podpůrné spolky staly nositeli uplatňování principu solidarity v sociálním zabezpečení. Významným mezníkem uplatňování této solidarity byl konec 19. století; za zakladatele celonárodního sociálního pojištění je považován Otto von Bismarck, který zavedl sociální pojištění pro široké vrstvy obyvatelstva. První sociální zákony byly schváleny v roce 1881, celý systém pojištění byl pak uveden v platnost prostřednictvím tří sociálně pojišťovacích zákonů (nemocenské, úrazové pojištění a pojištění pro případ invalidity a stáří) a celý proces reformy byl dokončen v roce 1889. Můžeme tedy říci, že Německo se stalo historicky prvním státem, který zavedl národní zdravotní program, jenž v sobě zahrnoval i prvky sociálního zabezpečení.

Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí, že: „*Podstatou bismarkovského modelu jsou finanční příspěvky, které každý občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven – veřejnoprávních subjektů neziskového charakteru bez ohledu na rozsah své budoucí spotřeby zdravotní péče (princip sociální solidarity). Pojišťovny pak z takto vytvořeného fondu proplácejí lékařům a nemocnicím, se kterými mají uzavřené smlouvy, poskytnutou péči.*“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 90–91)

Bismarkovský model financování se rozšířil i do ostatních zemí. Z hlediska dostupnosti pro různé socioekonomické skupiny je tento model nejspravedlivějším konceptem. Občané mají zajištěnu zdravotní péči v rámci solidárního zdravotního pojištění a sociální potřeby (v případě stáří, nezaměstnanosti, invalidity a podobně) prostřednictvím sociálního pojištění. Eva Mitchell k tomuto typu státu uvádí, že: „*Systém se zaměřuje především na ochranu osob, které nejsou zaměstnány z důvodu zdravotního postižení, ztráty pracovního místa, odchodu do důchodu apod. Sociální dávky jsou závislé na době pojištění a výši odváděného pojistného.*“ (Mitchell, 2010, s. 1.)

¹¹ Parlament schválil zákon na ochranu podpůrných spolků, jeho smyslem však nebyla ochrana dělníků. Hlavním účelem bylo zestátnění finančních prostředků a dohled nad tím, aby peníze nebyly použity k financování stávek. Vláda tyto spolky přeměnila na instituce pomáhající dělníkům v období nemoci a v roce 1911 se Friendly Societies staly nositeli prvního uceleného konceptu státního nemocenského pojištění. (Tomeš, 2001)

Negativní stránkou tohoto pojetí státu může být nedostatečná pružnost systému, který nevyžaduje odpovědnost a zároveň nemotivuje jedince, aby se zajistil pro případ stáří a nemoci. Občan se může svobodně rozhodnout, zda bude pro tento případ ukládat další finanční prostředky. Bohumila Čabanová a Gabriela Munková uvádějí, že toto pojetí státu odpovídá Titmussovu průmyslově výkonovému modelu a dále poznamenávají, že: *„Dominuje snaha o zachování statkových rozdílů, práva jsou přidělena na základě příslušnosti ke třídě nebo statusu. Korporativní režimy jsou obyčejně hodnotově zakotveny v křesťanství, s významným vlivem církví, a proto velmi silně vázány k udržení tradiční rodiny.“* (Potůček a kol, 2005, s. 254) Tento model je v současné době uplatňován například v Německu a Francii. Gabriela Munková uvádí, že: *„V tomto konzervativním a silně korporativistickém modelu sociálního státu nebyla tak silná ‚posedlost‘ trhem a jeho efektivitou. Tento korporativismus je zde připraven nahradit trh v provozování sociální ochrany. Stát se snaží o reprodukci sociálních rozdílů, což znamená, že tento cíl je realizován prostřednictvím přerozdělování.“* (Munková a kol., 2005, s. 51)

V Německu se v rámci sociální ochrany ze státního rozpočtu vynaložilo 63,2 % na sociální ochranu, zaměstnanci přispěli 10,3 % a osoby samostatně výdělečné 18,5 %. Zdravotní pojištění je v Německu povinné do částky 4 012 EUR, vyplácené měsíčně, a zdejší občané také mají možnost uzavřít soukromé doplňkové zdravotní pojištění. Ve Francii bylo pro srovnání vynaloženo na sociální ochranu 30,6 % státního rozpočtu; zaměstnanci přispěli do systému 65,5 % a osoby samostatně výdělečně činné 20,9 %. (Krebs, 2009, s. 32). Otázkou je, zda stát dobře a efektivně přerozděluje sociální pomoc a finanční prostředky mezi potřebné a zda by neměl v určitých případech aplikovat myšlenku liberalismu, např. testování majetku při zajišťování sociálních pobytových služeb. (Tomeš, 2001)

2.3.3 Koncept sociálního státu, institucionální pojetí

Třetím výše zmiňovaným konceptem je institucionální pojetí. Solidarita vede k nastavení spravedlivého pojetí ve formě sociálního státu. Teorií sociálního státu se podrobně zabývá sociolog Jan Keller v díle Soumrak sociálního státu. Udává, že: *„Sociální stát se přibližně vyvíjí po stovky let, aby se všem občanům mohlo dostat zhruba takové míry bezpečí a jistoty, kolik zaručuje lidem majetným jejich majetek. Potřebu určitého zajištění a určitého bezpečí mají ovšem i lidé nemajetní. Sociální stát jim tuto potřebu pomáhá uspokojit. Působí tak jako ‚velký pojišťovatel‘ nemajetných.“* (Keller, 2006, s. 10) Stát

dodával dělníkům a zaměstnancům pocit materiálního bezpečí, ale zároveň je zařazoval do společnosti jako plnohodnotné členy (Keller, 2006).

Sociální stát vytváří díky svým institucím sociální prostředí uspokojující občanská práva. Tento typ státu je založen na redistribuci a solidaritě příjmů mezi skupinami obyvatelstva. Hlavním řešením je odstranění nedostupnosti vzdělání, zdravotní péče, bydlení, zaměstnání a nerovnosti v příjmech. Anthony Giddens k teorii sociálního státu uvádí toto: *„Teprve občanská a zejména politická práva totiž vytvářejí základnu, z níž lze vést boj za práva sociální. Jejich prosazení je obvykle důsledkem politické síly získané chudšími skupinami nebo třídami prostřednictvím hlasovacího práva. Rozšíření sociálních práv je úzce spojeno s tím, co se často označuje jako sociální stát (welfare state). V západní společnosti se tento koncept plně prosadil až po druhé světové válce. O sociálním státu hovoříme tam, kde vládní organizace poskytují hmotnou podporu těm, kdo se nemohou náležitě uživit námezdní prací nezaměstnaným, nemocným, postiženým a starým osobám. Všechny západní země dnes mají rozsáhlý systém sociální podpory.“* (Giddens, 1999, s. 338–339)

Výsledkem snahy sociálního státu je odstranění chudoby, ochrana slabších s přihlédnutím k zajištění důstojných podmínek pro jejich existenci. V sociálním státu byla vytvořena moderní forma solidarity, která se soustředí na hodnotu práce a placeného zaměstnání s ochranou a garancemi státní pomoci (Keller, 2006). Počátky vývoje sociálního státu řadíme do poslední třetiny 19. století, kdy byl ve světě zaznamenán úpadek středních vrstev a drobných podnikatelů. Sociální stát na přelomu 19. a 20. století pomohl lidem při integraci do velkých zaměstnaneckých firem a zároveň jim kompenzoval nižší příjmy tak, aby dosáhli přijatelné životní úrovně středních tříd.¹² Vojtěch Krebs, který se ve své knize zabývá také sociálním státem, uvádí, že: *„Welfare state jakožto určitý typ sociálního státu není jednoznačně definičně vymezen. Často je chápán jako stát se silným veřejným sektorem a s výraznými intervencemi vlády do sociální oblasti. Je také vymezován jako stát, v němž odpovědnost za základní životní podmínky není jen záležitostí jedinců a jejich rodin, ale i záležitostí veřejnou.“* (Krebs a kol, 2007, s. 74)

Můžeme říci, že sir Beveridge je ideovým otcem systému sociálního zabezpečení ve

¹² V Anglii byl v polovině 20. století lordem Johnem Maynardem Keynesem (1883–1946) propracován systém přerozdělování finančních prostředků ve prospěch sociální politiky, na kterou navázal sir William Henry Beveridge (1879–1963). Navrhl systém národního sociálního pojištění a použil jako první termín welfare state. (Tomeš, 2001)

Velké Británii, včetně zajištění zdravotní péče. Jeho model byl uzákoněn v roce 1948 jako reakce na tehdejší nespokojenost obyvatelstva se zdravotní péčí, která byla pro mnohé lidi nedostupná a nesystémově řešena.

Tento britský integrovaný model státního zdravotnictví (Národní zdravotní služba), byl založen na solidaritě a plynuly do něj finance z daní obyvatelstva. Vojtěch Krebs k tomu uvádí následující: „*Nosnou myšlenkou konceptu ‚welfare state‘ je přerozdělování, tj. cestou veřejné politiky znovu rozdělit to, co již bylo rozděleno trhem, a to s cílem: a) vyrovnat šance při vstupu do života a vytvářet pomocí sociální politiky podmínky a předpoklady pro to, aby všem občanům byl zajištěn určitý přijatelný a možnostem společnosti odpovídající životní standard (blahobyt), a to nikoli jako dobročinná dávka, ale jako sociální právo.*“ (Krebs a kol., 2007, s. 75)

2.3.4 Sociální stát a jeho charakteristika

Koncept sociálního státu v 30. letech 20. století, tj. v období hospodářské krize, byl reakcí na zvyšující se chudobu, nezaměstnanost a špatné životní podmínky milionů lidí. Vojtěch Krebs uvádí, že: „*Krize svými negativními dopady na životní podmínky milionů občanů potvrdila nepřijatelnost liberálního konceptu státu a podpořila myšlenky welfare state. Prokázala, že tržní mechanismus sám o sobě nemůže zajistit vhodné rozvojové podmínky ani pro společnost jako celek, ani pro většinu občanů.*“ (Krebs a kol., 2007, s. 75–76) Sociální stát se stal protipólem liberálního konceptu, který vytváří nerovnoměrnost a nedostupnost určitým lidem, a tudíž nevede k sociální spravedlnosti a neřeší sociální problémy společnosti jako celku. Bohumila Čabanová a Gabriela Munková uvádějí definici sociálního státu dle Rameshe Mishry, který pojmenovává základní aktivity sociálního státu. Autorky uvádějí, že: „*Jde o ‚plnou zaměstnanost‘ (regulace tržního hospodářství takovým způsobem, aby se udržela vysoká úroveň zaměstnanosti), univerzální sociální služby (především vzdělání, jistota příjmů, zdravotní péče a bydlení a sociální pomoc založená na testování příjmů nebo potřeb k řešení výjimečných případů potřeby a ke zmírnění chudoby).*“ (Potůček a kol., 2005, in Munková, Čabanová, s. 251–252)

Sociální stát se rozvíjel především po druhé světové válce v severských zemích (Finsko, Švédsko) a byl ovlivněn rozvojem vědecké technické revoluce, která v různých státech upevňovala ekonomickou stabilitu státu umožňující zvyšování životní úrovně obyvatelstva. Další důvody vzniku a podpory sociálního státu můžeme hledat v politickém vývoji společnosti, kdy se mění vztah státu k postavení jedince ve společnosti. Dále pak je to

rozvoj lidských práv a garance státu podpory a odpovědnosti za blaho obyvatel ve formě sociálního zabezpečení v rizikových sociálních událostech (nezaměstnanost, nemoc, stáří a jiné). Jako vzor postupného budování sociálního státu uvádím Švédsko, které od roku 1932 začalo se sociálními reformami k dosažení rovnosti šancí všech socioekonomických skupin obyvatelstva. Sociální demokraté vládli ve Švédsku čtyřicet let. Ladislav Tajovský ve svém článku uvádí následující: „*Ideologie Domova pro všechny (Folkhemmet) byla založena na představě, že (sociálnědemokratický) stát by měl být jako domov, rodina, kde solidarita a vzájemná pomoc jsou přirozenou součástí. V dobrém domě je rovnost, ohled a spolupráce a přičinlivost.*“ (Tajanovský, Tomiček, Chalupecký, 2009, s. 45) Hlavním cílem politického směřování sociálních demokratů byla plná zaměstnanost, vzdělání a rovnoměrná životní úroveň pro všechny.

Jak jsem již uvedla, Jan Keller se velmi podrobně zabývá výkladem sociálního státu i z hlediska práv člověka. Ve své kapitole Sociální práva jako nová forma vlastnictví rozebírá hlavní myšlenky britského sociologa Marshalla, který již v roce 1949 popsal tři vrstvy práv člověka, jež se postupně prosazují ve společnosti.

Jan Keller v této souvislosti uvádí: „*Nejstarší vrstva občanská práva ustavila v zásadě již v 18. století, tato práva garantují svobodu individua včetně svobody slova, myšlení a víry a také volnosti uzavírat kontrakty a vlastnit majetek.*“ (Keller, 2006, s. 21) Druhá vrstva označuje politická práva založená v 19. století, která dávají člověku možnost účasti na politické a veřejné moci. Třetí vrstvou jsou sociální práva mající lidem zaručit právo na důstojný život.

Jan Keller dále zmiňuje: „*Marshall zahrnul garanci spotřeby určitého rozsahu, ale také záruky jisté míry sociální jistoty pro každého, přístup ke kulturnímu dědictví prostřednictvím vzdělání a možnost žít životem civilizované bytosti podle standardů obvyklých v dané společnosti.*“ (Keller, 2006, s. 21)

Koncept sociálního státu umožnil politický, ekonomický a sociální vývoj řady zemí a v současné době ovlivňuje vývoj ve společnosti. Tento typ sociálního státu nejvíce reprezentuje Švédsko (Keller, 2007). Helena Haškovcová definuje sociální stát takto: „*Sociální stát neboli stát veřejných služeb je často nazýván také státem zaopatřovacím nebo státem blahobytu = welfare state. Blahobyt zde však není synonymem luxusu, ale důstojného života. Většina autorů se vzácně shoduje v tom, že sociální stát byl inspirován systémem ‚Bismarckova povinného pojištění a britským chudinským zákonodárstvím‘.*“ (Haškovcová, 2010, s. 102) Stát nabízí svým občanům sociální jistoty a sociální ochranu a zabezpečuje tak potřeby obyvatelstva (zdravotní, sociální, bytové, zajišťuje řešení nezaměstnanosti, systémy

sociálních dávek v nezaměstnanosti, pro rodiny, v nemoci, stáří...) formou přerozdělování společného bohatství ve společnosti. Eva Mitchell k přerozdělování zdrojů uvádí: „*Universální systém zahrnuje všechny vrstvy a třídy, ale dávky jsou odstupňovány podle obvyklých výdělků. Sociální zajištění je financováno převážně z daní.*“ (Mitchell, 2010, s. 1) Základem ekonomiky sociálního státu je plná zaměstnanost mužů, ale i žen.

Sociální stát podporuje určitou životní úroveň méně bohatých lidí pomocí sociálních dávek, rozvíjí systém vzdělávání a sociální a zdravotní služby. Přijatou sociální politikou tlumí napětí ve společnosti. Sociální stát zaznamenal svůj vrchol v 60. a 70. letech 20. století. K tomu Jan Keller dodává: „*Velkorysý rozvoj sociálního státu probíhal ve dvaceti poválečných letech a svého vrcholu dosáhla tato instituce v nejvyspělejších zemích v průběhu šedesátých a na počátku sedmdesátých let dvacátého století.*“ (Keller, 2006, s. 19) V tomto období se mluví o nástupu střední vrstvy, který byl mj. determinován změnou vzdělávacího systému umožňující rozšíření vzdělávání pro širší vrstvy obyvatel (Keller, 2006). Hlavními opěrnými pilíři sociálního státu se staly rodina a regulovaný trh, v 70. letech 20. století však kvůli rostoucí nezaměstnanosti a změnám v podobě tradiční rodiny zanikají. Na trh práce vstupují ženy a stát již negarantuje nízkou míru nezaměstnanosti. Rozpad nukleární rodiny způsobuje nárůst počtu osamělých matek s dětmi, prodlužování délky života zvyšuje náklady zdravotně sociální péče o seniory. Obě tyto sociální skupiny ztratily oporu ve svých rodinách, a proto častěji hledají oporu ve státě. (Keller, 2006)

Sociální stát má však i své stinné stránky, které mohou mít z hlediska ekonomických dopadů vliv na daňové poplatníky a rovněž ovlivňují i postoje a chování lidí. Daňové sazby mohou působit negativně na růst ekonomiky, neboť se v sociálním státě nemusí vyplácet vyšší ekonomická aktivita v podnikatelské sféře. Mezi další problémy fungování sociálního státu můžeme zařadit také rostoucí náklady na veřejný sektor, který často neefektivně vynakládá finanční prostředky a nedostatečně kontroluje alokované zdroje. (Keller, 2006)

K záporným stránkám sociálního státu patří rozšiřování a podpora institucionální solidarity, potlačují se tradiční způsoby řešení sociální pomoci vlastními silami, prostřednictvím rodiny, obce a přátel. Koncem 90. let 20. století můžeme mluvit o krizi sociálního státu, kterou lze spojit současně s krizí národního státu, trhu práce a nukleární rodiny. Jan Keller uvádí, že: „*Trh práce už negarantuje nízkou míru nezaměstnanosti a je stále skoupější v nabídce plnohodnotných, dobře placených, trvalých a perspektivních zaměstnání. Rodina má stále méně podobu domácnosti s mužem jako hlavním živitelem a ženou, která je s dětmi jeho příjmem spolehlivě zajištěna, a samotný stát může v této situaci stále méně ovlivňovat hospodářskou a sociální politiku země.*“ (Keller, 2006, s. 20)

Sociální stát, který zabezpečoval sociální ochranu a poskytoval určité sociální jistoty (blaho), již nemůže plnit svou roli jako na počátku svého rozvoje v 60. letech 20. století. Helena Haškovcová ke krizi sociálního státu píše: „*Nemalou roli v destabilizaci sociálního státu sehrává zproblematicovaná hodnota solidarity a společenské soudržnosti. Rámec vymezující sociální stát výrazně ovlivňuje také globalizace, která není, někde venku, ale je realitou v našich každodenních životních poměrech.*“ (Haškovcová, 2010, s. 96) V současné době se hledají cesty, jak zachránit koncept sociálního státu, který byl z pohledu solidarity spravedlivý pro všechny socioekonomické skupiny obyvatelstva.

2.3.4.1 Cesty z krize

Stát má tři možnosti řešení této situace. Zaprvé může vzhledem k produktivitě práce uzpůsobit mzdovou politiku. To by však znamenalo nižší příjmy pro osoby poskytující služby, a důsledkem toho by služby zcela vymizely. Jako druhá možnost se nabízí ponechat platbu za služby na klientech, ale opět by tyto služby zanikly, neboť by se staly příliš nákladnými. Třetí možností, kdy služby zůstávají zachovány, je financování formou dotací z veřejných zdrojů za předpokladu, že občané mají povinnost platit daně. (Esping – Andersen, 1999) Tato řešení jsou pouze dílčími opatřeními, možnostmi zažehnání krize sociálního státu se budu zabývat v dalších částech práce.

V sociálním státě je solidární systém založen na institucionálním pojetí, který je centrálně řízen pomocí státních úřadů. Stát pomocí sociálních dávek a státní podpory pomáhá lidem, kteří se ocitli ve svízelných životních situacích, jako je například ztráta zaměstnání, životního partnera. Stát se také zaměřuje na podporu rodin s dětmi formou peněžité pomoci v mateřství a rodičovství, daňovými úlevami apod. Z hlediska solidarity zdravých s nemocnými je snahou sociálního státu zabezpečit dostupnou zdravotní péči všem občanům díky dostatečně husté síti poskytovatelů zdravotní péče. Největší důraz je kladen na zabezpečení primární péče (např. lékařská a ošetrovatelská péče o dospělé, děti a dorost, zubní lékařská péče). Sekundární zdravotní péče (lůžková zdravotnická zařízení) je organizována v rámci municipalit (např. ve Švédsku) a krajů dle zdravotních potřeb obyvatelstva. Terciární zdravotní péče je nejčastěji zřizována státem a patří sem např. fakultní nemocnice, různá specializovaná centra (popáleninová či trauma centra, kardiocentra).

Solidarita zdravých s nemocnými je financována buď daňovým systémem, nebo pomocí zdravotního pojištění. Koncept sociálního státu byl v 70. letech 20. století na vrcholu svého rozvoje, pojetí sociálního státu v krizi ovlivnila zejména globalizace

v Evropě. Jednotlivé státy, které rozvíjely myšlenky sociálního státu (např. Švédsko, Francie), řeší v posledních 15 letech způsob, jak udržet principy fungování sociálního státu i v současnosti, a hledají východiska z krize.

2.3.4.2 Východiska z krize sociálního státu

Krize sociálního státu, jak jsem uvedla, trvá již patnáct let a hledá se optimální model fungování welfare state. Jedním z plánovaných východisek je nalezení optimální míry a způsobu účasti státu při naplňování sociální a zdravotní politiky vzhledem ke zvyšujícím se veřejným výdajům. Jedním z konceptů řešení, který má vést k efektivitě a růstu hospodářství, je neoklasická koncepce podporující tržní mechanismus a privatizaci a snažící se o snížení daňové zátěže obyvatel, což by podpořilo vznik menších podnikatelských subjektů s omezením regulačních mechanismů státu.¹³ Vojtěch Krebs uvádí, že: „Uplatňování neoklasické koncepce je výrazem snahy dosáhnout současně i ekonomické prosperity i nezbytné sociální ochrany občanů. Vlády (i firmy) vědí, že prosperita není izolovaným fenoménem, ale že je úzce spojena i se sociálním klimatem ve společnosti, a proto se snaží také celou sociální oblast pozitivně ovlivňovat.“ (Krebs a kol, 2007, s. 81) Cílem této koncepce je zvýšení ekonomické prosperity země. Zcela odmítá vysokou míru přerozdělování hrubého domácího produktu na sociální účely, neboť se ukázalo, že tento způsob není efektivní a má spíše demotivační účinky.

Dalšími faktory zvyšujících se veřejných výdajů jsou stárnutí populace a rostoucí nezaměstnanost. Je tedy nutné posunout hranici mezi odpovědností státu a jednotlivce, kdy stát zajistí minimální sociální ochranu a bude vycházet z individuálních potřeb při poskytování dávek. Bude nadále plnit roli garanta v ochraně lidské důstojnosti a potřebné skupiny obyvatelstva, o které se nikdo jiný nemůže postarat.

Liberální myšlenka tohoto konceptu spočívá v podpoře aktivit jedince, jeho sociálního chování, které vychází zejména z odpovědnosti osoby za vlastní sociální situaci. Stát by měl přejímat garanci pouze za osoby, o které se nikdo nemůže postarat. Sociální dávky by měly být vypláceny adresně dle sociální potřebnosti jedince. (Krebs a kol, 2007) Snahou jednotlivců by měla být větší motivace a odpovědnost za své sociální postavení ve společnosti.

¹³ Tento koncept byl realizován v Dánsku, Francii, ve Velké Británii a jiných evropských státech kromě Švédska (Krebs, 2007)

K dalším možnostem rozvoje sociálního státu v současné době patří koncept sociálního tržního hospodářství, jehož smyslem je spojit tržní hospodářství s ideály sociální spravedlnosti a sociálním pokrokem, vedoucím k větší výkonnosti ekonomiky v daném státě. Tento koncept je založen na tržní ekonomice a na člověku, který je v systému vnímán jako jedinečná bytost se svými právy. Vojtěch Krebs popisuje tento koncept jako možnou cestu uplatňování spravedlnosti, kdy teoretický základ položil Alfred Muller Armack v Německu. Koncept vychází z myšlenky ekonomické svobody a soutěže, spojenými se sociálním pokrokem ve společnosti. Koncept sociálně tržního hospodářství dle Armacka je založen na tržním principu, ale také na humanitě. Vojtěch Krebs v této souvislosti udává: „*Sám Armack také tržní princip nikdy nezpochybnil, ale považoval jej za nezbytný z hlediska nalézání optimálních řešení ekonomických i technických problémů, iniciativy, ochoty riskovat, chovat se pružně a efektivně. Druhou představuje humanita. Z ní je odvozováno vnímání sociální spravedlnosti a sociální jistoty. Podle Armacka má např. každý občan právo na lidskou důstojnost a rozvoj své osobnosti, právo svobodně a zodpovědně naplňovat vlastní individuální blahobyť v mezích právního a mravního rámce, který vymezuje společnost.*“ (Krebs a kol., 2007, s. 84)¹⁴ Finanční prostředky na zajištění sociálního zabezpečení se získávají především z platů zaměstnanců, peněz zaměstnavatelů a z přímých daní. Ten, kdo pracuje a má vyšší příjmy, je v případě sociální události lépe zajištěn, než ten, který si nezajistil příjmy prostřednictvím práce a je zcela odkázán na podporu rodiny. Záchranná sociální síť je poskytována lidem s nižším sociálním statutem (např. matky s dětmi) a je financována z daní. (Krebs a kol., 2007)

Jan Keller je v současnosti jedním z českých sociologů, kteří se zabývají kritikou modernizace sociálního státu. Tento autor se podrobně zaměřuje na krizi sociálního státu a spory mezi pravicově a levicově orientovanými politiky. Pravice upozorňuje na přílišné svázání trhu, které demotivuje podnikatelskou sféru vyššími daněmi a vysokými náklady na sociální oblast, což vede k nízké produktivitě práce. Naopak levice tyto kroky považuje za správné z hlediska odstraňování nerovností ve společnosti. Předpokladem fungování sociálního státu dle Jana Kellera je funkční trh práce zabezpečující lidem dostatek pracovních míst s plnohodnotnou odměnou, aby se každý člověk mohl zabezpečit pro budoucnost a případné sociální události (stáří, nemoc, nezaměstnanost, penze). Mezi další

¹⁴ Příkladem tohoto modelu je v současné době Spolková republika Německo, která tento koncept rozvíjí od 70. let 20. století. (Krebs a kol., 2007)

předpoklady patří dobře fungující soudržnost v rodinách podporujících své členy. (Keller, 2006)

Jiným konceptem zachování principů sociálního státu je vytvoření modelu evropského sociálního státu německého analytika Horsta Afheldta, který popisuje ve své knize Jan Keller. Z návrhů Afheldta vyplývá, že ve společnosti existuje nerovnováha mezi státní mocí a trhem a v důsledku globalizace je stát jako instituce značně znevýhodněn. K narušení rovnováhy přispěl faktor zvýšené nezaměstnanosti, stagnace růstu mezd a vyšší daňová zátěž a odvody zaměstnanců, zatímco u podnikatelů dochází ke snižování daňové zátěže. Jan Keller uvádí toto: „Podle Afheldta je jedním možným řešením prohlubující se krize obnova kontroly státní moci nad ekonomikou. Nemůže k tomu však dojít na úrovni národních států, které se staly příliš slabými protihráči nadnárodních sil ekonomické globalizace. Je zapotřebí co nejdříve integrovat sjednocenou Evropu a vytvořit z ní politickou jednotku schopnou účinně regulovat svoji hospodářskou i sociální politiku.“ (Keller, 2006, s. 145)

Jediným řešením krize sociálního státu je sjednocení evropské hospodářské a sociální politiky. Podle Horsta Afheldta by měla Evropa postupovat jednotně v investičních pobídkách pro podnikatele a v daňových úlevách, aby firmy neodcházely do jiné země nabízející výhodnější podmínky. Dále by měla Evropa zavést jednotná dovozní cla ve výši 20 až 30 %, což by znamenalo vyšší finanční zátěž pro firmy, které na protest opustily produkci v dané zemi. Jako další opatření navrhuje zvýšení daňové zátěže pro firmy s vysokými výděly, což by znamenalo vyšší příjmy pro zaměstnance. Zaměstnancům je nutné naopak snížit daňové odvody, což by způsobilo vyšší koupěschopnost lidí. Pokud by se tento koncept implementoval do praxe, znamenalo by to návrat do rovnováhy mezi trhem a státem, který byl na počátku 70. let. (Keller, 2006)

Tento radikální koncept nemá dle Jana Kellera šanci na úspěch, neboť, jak říká: „Je zřejmé, že v neoliberálním ovzduší, jež dnes dominuje ekonomice i politice, nemá Afheldtův projekt ani tu nejmenší šanci. Stejně zřejmé však je, že jeho dvě základní priority zůstávají naprosto klíčové. Těmito prioritami je jednak zabezpečení příjmů ze zaměstnání v rozvinutých zemích před poklesem ceny práce na světových trzích, jednak zabránění finančnímu vyhladovění států a jejich veřejného sektoru.“ (Keller, 2006, s. 146)

Martin Potůček se zabývá krizí sociálního státu vzhledem k občanské společnosti, a to hlavně v postkomunistických státech, jako je Polsko, Rumunsko a Československo. Ty podle něj představují kolektivní identitu. Podpora rozvoje občanské společnosti je jedním ze způsobů zajištění sociální péče, vzdělávání a zdravotních služeb. Řešením krize se pak může

stát státem poskytovaná podpora občanskému sektoru, tj. poskytování některých zdravotních a sociálních služeb přenechat nestátním neziskovým organizacím, které je dokáží zabezpečit lépe než stát. (Potůček, 2011)

Martin Potůček ve svojí knize rozebírá možné aspekty krize sociálního státu vzhledem k hospodářské krizi a to především v České republice. Jeho úvahy však můžeme aplikovat do širšího kontextu jako východisko z krize ve všech sociálních státech. Uvedu autorovy zajímavé náměty zaměřené na občanský sektor, kdy uvádí např.: *„V neustálém omezování podpory služeb v Evropě tradičně dotovaných především z veřejných zdrojů – zdravotní a sociální péče, vzdělání. Neoliberální vidění světa, mantra privatizace jako léku na všechny neduhy společnosti, praktické prosazování teze, že jen podnikatelský sektor je tvůrcem bohatství společnosti, nekompetentnost politiků a úředníků (kombinovaná časté s korupčním jednáním). Bude-li cesta z krize hospodářské a deficitu veřejných rozpočtů ordinována znovu nebo především neoliberálními doktrináři, dočkáme se i stávky generální.“* (Potůček, 2011, s. 86) Autor doporučuje podporu a rozvoj veřejného sektoru a soudržnosti, dále pak alokovat dostatek finančních zdrojů do segmentu veřejných služeb. Zároveň si uvědomuje, že vynaložené finanční prostředky mohou mít pozitivní dopady v oblasti zdraví a vzdělání až za několik let. (Potůček, 2011)

Velice zajímavý pohled věnuje Martin Potůček činnosti Evropské unie a hledání společných východisek z krize. Jednou z možných cest je přijetí takových opatření, která budou účinně regulovat globální trhy a budovat společenství založené především na sdílených hodnot s podporou sociálních práv. Martin Potůček píše: *„Tak jako si demokratické tržní ekonomiky udržují podporu veřejnosti prostřednictvím sociálního státu, nemůže Evropská unie jinak než hledat a nalézat přímou cestu ke svým občanům. My všichni potřebujeme evropskou sociální politiku.“* (Potůček, 2011, s. 93)

Další možné řešení krize sociálního státu navrhl britský sociolog Anthony Giddens v 80. letech 20. století. Svou koncepci nazval „třetí cestou“. Jako ústřední bod zachování sociálního státu vidí Giddens v reformě sociálního systému.¹⁵ Modernizace státu dle Giddense je nutným řešením, a znamená snižování objemu veřejných rozpočtů a úředníků ve

¹⁵ Tento koncept byl receptem, jak čelit kritice sociálního státu od pravicových politiků, vycházející z hodnot sociální spravedlnosti a rovnosti. Hlavní myšlenkou „třetí cesty“ bylo obnovení rovnováhy státu, trhu a občanské společnosti, která bude bránit nárůstu sociálních nerovností mezi lidmi. Stát bude používat svůj hlavní nástroj – daňovou politiku – ve smyslu snižování daní firmám a to bude podporovat vyšší investice do modernizace výroby, tím se dále umožní rozšiřování pracovních míst a zabrání se daňovým únikům. (Keller, 2006)

státní správě. Posílí se autonomie a rozhodovat budou častější nižší správní celky, alokace zdrojů pak bude více transparentní a zvýší se rovněž důvěra lidí ve státě. Nový typ sociálního státu musí zabránit plýtvání veřejnými výdaji a měl by se především zaměřovat na rozvoj lidského kapitálu s podporou celoživotního vzdělání, které může zajistit jedinci rovné podmínky na trhu práce. Teoretický koncept „třetí cesta“ se opírá o hodnoty uplatňované v občanské společnosti, jako je rovnost a sociální spravedlnost. Podporuje myšlenku sociální soudržnosti, rodiny a zvýšené flexibility jedince na trhu práce (Keller, 2006). Krize sociálního státu má velký vliv na dostupnost zdravotní péče pro všechny socioekonomické skupiny obyvatel. Hledání cest, jak se vypořádat s neustále rostoucími finančními náklady nejen ve zdravotnictví, je otázkou budoucnosti všech typů sociálních států.

V další části je pozornost věnována vztahu solidarity a sociální soudržnosti ve společnosti a jejich vlivu na utváření společnosti.

2.4 Sociální soudržnost ve společnosti

Solidarita ve společnosti podporuje sociální soudržnost, která tlumí sociální napětí. Sociální soudržností v širším kontextu se zabývá Martin Potůček. Soudržnost a solidarita se mezi sebou navzájem prolínají, a pokud si lidé budou uvědomovat tyto vzájemné vazby, bude se rozvíjet i občanská společnost ve vzájemném porozumění. Sociální soudržnost dle Martina Potůčka vzniká *„ze vztahů mezi jednotlivci a skupinami. Je založena na: společně sdílených hodnotách, důvěře mezi lidmi, nepříliš velkých sociálních rozdílech mezi skupinami obyvatelstva, očekávání solidární pomoci v případě nouze.“* (Potůček, 2005, s. 2) Sociální soudržnost má historický vývoj a je založena na tradiční společnosti, která vychází z náboženství, úcty k autoritám. Hodnotami jsou rodina a příbuzenství, vzdělávání a soudržnost v komunitě, možnost participovat na veřejných otázkách a mít také odpovědnost za svá rozhodnutí. Sociální soudržnost podporuje sociální solidaritu. Vojtěch Krebs k tomuto tématu říká: *„Člověk je sociální (= společenská) bytost. Proto vždy a za všech okolností je svou existencí v jisté míře odkázán i na druhé, je závislý na soužití ve společnosti jako celku. Solidarita je výrazem lidského porozumění a pospolitosti, vzájemné soudržnosti a také odpovědnosti.“* (Krebs a kol, 2007, s. 32–33)

Nedílnou součástí soudržnosti je soudržnost mezigenerační, kterou je nutné podporovat a rozvíjet v občanské společnosti. V důsledku stárnutí populace může být tato soudržnost ohrožována ageismem, stereotypy a nerovným přístupem ke zdravotní péči a

dalším veřejným službám. Stereotypy mohou vyústit v diskriminační politiky, snahu o nepřiměřený rozvoj ústavní péče, diskriminaci v jazyce a médiích (hovoří se o seniorech jako „o těch druhých“), která je iracionální a podložená mnoha mýty, včetně mýtu o homogenní seniorské populaci. Jedním z projevů může být nejen diskriminace příjemců zdravotní péče, ale také poskytovatelů služeb pro seniory, stejně jako disciplín a oborů, jež se této části populace věnují. (Holmerová, 2011; in Ptáček, Bartůněk, 2011)

2.4.1 Solidarita a sociální soudržnost ve společnosti

Solidarita a sociální soudržnost tvoří základní předpoklady pro fungování moderní lidské společnosti. V současné době můžeme soudržnost posuzovat z různých pohledů. Jedním z nich je nezaměstnanost, rozdíly mezi muži a ženami, socioekonomickými skupinami, v životní úrovni a rovnosti šancí, které mohou ve svém důsledku zapříčinit novou formu chudoby. Tuto formu charakterizujeme jako nerovnost a nedostupnost; jejím důsledkem může být sociální vyloučení některých skupin obyvatelstva. Pozitivní stránkou soudobé soudržnosti je existence sociálního a kulturního pluralismu ve společnosti. Dle Martina Potůčka sociální soudržnost umožňuje rozvoj různých politických stran, zájmových a dobrovolných organizací a možnost svobodného vyjadřování svých myšlenek. Dále Martin Potůček uvádí: *„Negativní stránkou soudržnosti v modernizujících se společnostech je hroucení a nedodržování etických a právních norem.“* (Potůček, 2005, s. 31)

Cílem každého státu by měla být podpora sociální soudržnosti, která vychází i z efektivní ekonomické strategie a kvalitní veřejné politiky dané země. Úlohou státu je stanovit priority v sociální politice a usilovat o zamezení jakýchkoli forem sociálního vyloučení některých skupin obyvatelstva, jež by mohlo vést ke zvýšenému sociálnímu napětí ve společnosti. Sociální soudržnost dle Bohumily Čabanové a Petra Hávy můžeme měřit dle různých indikátorů. Ve své knize analyzují různé pohledy výzkumníků z této oblasti. Jako příklad uvedu práci Jane Jensonové z Univerzity v Montrealu z roku 1998, která stanovila pět dimenzí soudržnosti (sounáležitost, začlenění, participace, uznání, legitimita), a Paula Bernarda z roku 1999 z Montrealské univerzity.

Bohumila Čabanová a Petr Háva uvádějí následující: *„Bernard rovněž upozornil na to, že výsledných pět dimenzí můžeme de facto rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou faktory, které generují sociální soudržnost (podpora faktorů může, ale nemusí být předmětem veřejných politik a programů). Druhou skupinu představují podstatné sociální výstupy působení těchto faktorů v sociální realitě. Když jsou tyto politiky efektivní, občané se*

cítí být začlenění do života své komunity. Pokud tomu tak není, velká část občanů se může cítit vyloučena, což představuje ohrožení sociální soudržnosti v rámci společnosti.“ (Čabanová, Háva, 2008, s. 44–45) Obecně lze říci, že stát se svou sociální politikou a uznáváním sociálních práv občanů velmi ovlivňuje sociální soudržnost a klima ve společnosti.

V neposlední řadě je důležité podporovat rodiny a jednotlivce v aktivnějším postoji a odpovědnosti za svůj život. (Potůček, 2005) Jednou z forem podpory solidarity a sociální soudržnosti je odstraňování socioekonomických nespravedlností, které mohou vyústit v chudobu a vést k nárůstu nezaměstnanosti, což může způsobit ve společnosti zvýšené sociální napětí. K tomuto tématu se vztahuje program Zdraví 21. století, kde v cíli 1. Solidarita ve zdraví v Evropském regionu je plánováno snížení rozdílů mezi jednotlivými členskými státy o jednu třetinu. Do tohoto cíle je zahrnuta chudoba, která je největší determinantou špatného zdraví. V programu se uvádí, že: *„Život v bídě souvisí s vyšší mírou konzumace látek, jako je tabák, alkohol a drogy, s vyšším výskytem depresí, sebevražd, antisociálního chování a násilí s vyšším rizikem konzumace závadné stravy a velkými fyzickými potížemi.“* (Zdraví 21. století, s. 22) Mezi další determinanty patří nezaměstnanost, která mimo jiné zvyšuje riziko psychických poruch vedoucích až k sebevraždám a snížení socioekonomického statusu. Možným východiskem je podpora úrovně vzdělanosti, čímž se následně zlepší i přístup k materiálním zdrojům (příjmy). Ke svému rozvoji člověk potřebuje vnímat i určitou míru individuální svobody a rovnosti, což je jeden ze základních principů fungování demokratických společností. Musíme si však uvědomit, že pochopení individuální svobody a rovnosti mezi lidmi a sdílení společných hodnot všech je velmi složitá.

Solidaritě ve společnosti podporují další etické hodnoty, na kterých by měl být založen zdravotnický systém (spravedlnost, rovnost) v přístupu ke zdravotní péči, neboť spravedlivý přístup podporuje i etickou hodnotu blaha a rozvoj lidského individua, a zároveň udržuje i sociální soudržnost ve společnosti. (Potůček, 2005)

2.5 Princip ekvity

Princip rovnosti je obsažen v poslední evropské strategii programu Zdraví 21. století Světová zdravotnická organizace definuje ekvitu ve zdraví takto: *„Ekvita ve zdraví znamená, že i za ideálních podmínek by měl mít každý stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu. Nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování.“* (Šimek

a kol., 2002, s. 64) Další definici ekvity uvádějí Bohumila Čabanová a Petr Háva: „*Ekvita ve zdraví je hodnotově založeným konceptem. Je vymezena nepřítomností odstranitelných rozdílů ve zdraví (nebo jeho sociálních determinantách) mezi více nebo méně sociálně znevýhodněnými skupinami.*“ (Čabanová, Háva, 2008, s. 17) Otázkou zůstává, jak ekvitu v současném zdravotnickém systému naplnit?

Autorka Hana Janečková se zabývá principem rovnosti, a proto zde uvedu její nejzajímavější myšlenky. Ekvita dle Janečkové je: „*Etickou, hodnotící kategorií ve smyslu rovnosti či nerovnosti lidí a spravedlnosti daného stavu věcí.*“ (Šimek a kol, 2002, in Janečková s. 64) Dále autorka vysvětluje formální spravedlnost, která vyjadřuje spravedlnost v péči o všechny skupiny obyvatelstva (chudí a bohatí), a vertikální spravedlnost, spočívající v péči o klienty s většími zdravotními potřebami (zdravotně znevýhodnění).

Největším etickým problémem v principu rovnosti poskytování zdravotní péče je uspokojení zdravotních potřeb všech ve chvíli, kdy mají zdravotní problém, a to bez rozdílu finančních možností, náboženství, věku, vzdělání a etnické či náboženské příslušnosti. Tato idea spravedlnosti je velice krásná, ale jak spravedlivě alokovat zdroje všem potřebným, kteří jsou akutně i dlouhodobě nemocní a potřebovali by drahé léky a služby, technologie či transplantace? Jaká kritéria zvolit, komu bude drahá léčba předepisována a komu ne? Musíme zmínit i praxi některých zdravotních pojišťoven, které přijímají pouze klienty s menším rizikem onemocnění, dále regulace poskytovatelů (dlouhé čekací doby na operace, překlady drahých klientů do jiných zařízení, odmítání náročných pacientů v ordinacích praktiků).

Spravedlivý přístup je také ovlivňován socioekonomickým statusem občana, a zdravotní gramotností obyvatelstva. Hana Janečková popisuje v kapitole Problematika ekvity ve zdraví a zdravotní péči v moderní společnosti některé výzkumné práce, které byly provedeny v souvislosti se studiem determinantů zdraví (chudoba, dostupnost, informovanost apod.). Uvedu jeden zajímavý závěr, kde Hana Janečková říká: „*Skupiny s nižším sociálním statusem, doprovázeným nižšími příjmy a nižším vzděláním, navštěvují častěji praktické lékaře, ti jim však věnují kratší dobu, méně často je posílají na odborná vyšetření a méně často jim předepisují léky. Výše postavené skupiny směřují častěji přímo ke specialistovi.*“ (Šimek a kol, 2002, in Janečková s. 70) V našem systému není správně nastavena provázanost zdravotních a sociálních služeb, zejména návaznost na primární a komunitní péči u starších a dlouhodobě nemocných klientů, kteří tyto služby potřebují. Společnost, která akceptuje „příplácení za nadstandardní péči“ z vlastních zdrojů v nastaveném tržně orientovaném systému, vytváří tzv. formální nerovnost. Bohatší část

populace si může připlatit za zdravotní péči (hotelové služby, operátéra, dražší léky). Tato nerovnost musí být podle mého názoru, ale i dle Hany Janečkové, pod veřejnou kontrolou. Oproti tomu je neformální nerovnost daleko horší variantou, která se projevuje v korupčním jednání klienta a poskytovatele, kdy je jedinec za úplatu v privilegován poskytování zdravotní péče. (Šimek a kol, 2002, in Janečková)

2.6 Princip spravedlnosti a slušnosti (ekvita)

Na začátku této kapitoly pojednávající o spravedlnosti použiji citát od Aristotela: „Vidíme tedy, že spravedlností chtějí všichni nazývat takový stav, jímž jsou schopni spravedlivě jednat a jímž skutečně spravedlivě jednají a chtějí to, co jest spravedlivé, a zrovna tak jest to i u nespravedlivosti, jež nespravedlivě jednají a chtějí to, co jest nespravedlivé. Proto i nám to budiž prvním a všeobecným předpokladem.“ (Aristoteles, 1937, s. 111). Myšlenka Aristotela vyjadřuje úzké spojení mezi vnímáním spravedlnosti a jednáním člověka, který umí rozlišovat otázku spravedlnosti a nespravedlnosti.

Aristoteles nazval spravedlnost nejvíce dokonalou ctností a ctností nejpřednější, „dokonalou jest však proto, že ten, kdo ji má, dovede ctnosti užívat i vůči druhému, a nikoliv jen pro sebe.“ (Aristoteles, 1937, s. 102) Aristoteles staví nauku o obecném dobru nad další disciplíny. „Náleží patrně k nauce nejvážnější a nejvyšší. Takovou se pak jeví nauka politická; neboť tato určuje, které nauky mají být v obcích a kterým každý jednotlivec se má učit.“ (Aristoteles, 1937, s. 2) Správně používat moc je nejtěžší, neboť „k dobru jdem jednou jen z cest, ke zlu však cest vede víc.“ (Aristoteles, 1937, s. 36) „Každé umění a každá věda, podobně i praktické jednání a záměr směřuje, jak se zdá, k nějakému dobru; proto bylo správně vyjádřeno, že dobro jest to, k čemu všechno směřuje.“ (Aristoteles, 1937, s. 1)

Holčík (2004) anglické slovo equity (pro které nemáme v češtině ekvivalent) překládá jako „spravedlnost, spravedlivost, opírající se spíše o lidskou slušnost, než o literu zákona“. (Holčík, 2004) Takové je i rozlišení slušnosti (epikie, epieikeia) a práva u Aristotela: „Slušnost tedy a právo jest totéž, a ač oboje jest dobré, přece lepší jest slušnost. (1137b 10) Nesnáz působí to, že slušnost jest sice právem, ale ne zákonným, nýbrž jest opravou zákonného práva. Důvod toho jest, že každý zákon jest povšechný, kdežto o některých případech není možno správně mluvit povšechně. Z toho pak jest také zřejmo, kdo jest slušný. Ten totiž, kdo se pro takové právo úmyslně (1138a) rozhoduje a podle něho jedná a kdo přisnost práva nezostřuje, nýbrž zmírňuje, i když má zákon na své straně, jest slušný a jeho duševní stav jest slušnost, která jest jakousi spravedlností a ne nějakým stavem od ní

různým.“ (Aristoteles, 1998, s. 145–6)

Inekvitu lze považovat za nespravedlivou, neomluvitelnou nerovnost. „*Inekvita (nedostatek ekvity) má etickou povahu. Týká se těch rozdílů, které nejsou nevyhnutelné, je možno je snížit a současně je možno o nich soudit, že jsou nespravedlivé. Pokud bychom tedy chtěli označit nějaký rozdíl jako inekvitu, pak bychom měli uvažovat i o jeho příčině a posoudit, zda v aktuálním sociálním kontextu jej lze pojmut jako nespravedlivý.*“ (Holčík, 2004, s. 43) Pokud lidé nemají žádnou nebo mají jen minimální volbu životních a pracovních podmínek, pak výsledné zdravotní rozdíly ve srovnání s těmi lidmi, kteří takovou volbu mají, lze s vysokou pravděpodobností označit za nespravedlivé. Cílem opatření orientovaných na posílení ekvity ve zdraví tedy není vyrovnat všechny zdravotní rozdíly, ale redukovat zejména ty, které jsou důsledkem nespravedlnosti, popřípadě diskriminace. Za nespravedlivé obvykle nebývají považovány rozdíly způsobené biologickou variabilitou nebo svobodnou volbou chování, které může poškodit zdraví, jako je např. účast na sportech a zábavách.

V řadě vyspělých zemí je za nespravedlivý zdroj rozdílů považováno zdravotně nebezpečné chování, které lidé nemohou nebo nedokáží změnit, expozice nezdravým životním a pracovními podmínkami a nedostatečný přístup k veřejným službám. „*Zdrojem nespravedlnosti se např. může stát nerovnoměrné rozložení zdravotnických zařízení, obtížná dosažitelnost zdravotnických služeb pro některé sociální skupiny apod.*“ (Holčík, 2004, s. 44)

Tým WHO pro ekvitu uvádí následující definici: „*Spravedlnost ve zdraví (health equity) může být definována jako nepřítomnost nespravedlivých (unfair) a vyhnutelných (avoidable) nebo odstranitelných (remediable) rozdílů ve zdraví mezi populacemi nebo skupinami definovanými sociálně, ekonomicky, demograficky nebo geograficky.*“ (Solar, 2005, s. 5) Ekvitu jako „sociální spravedlnost“ definuje např. Braveman a Gruskin: „*Ekvita znamená sociální spravedlnost nebo slušnost (social justice or fairness); je to etický koncept, založený na principu distributivní spravedlnosti (distributive justice). Ekvita ve zdraví může být – a převážně je – definována jako nepřítomnost sociálně nespravedlivých nebo neslušných rozdílů ve zdraví (socially unjust or unfair health disparities).*“ (Braveman, P., Gruskin, S. Defining equity in health. J. Epidemiol Community Health 2003, s. 57, s. 254) Pro účel operacionalizace a měření může být podle těchto autorů ekvita ve zdraví definována „*jako nepřítomnost systematických rozdílů ve zdraví (nebo ve významných sociálních determinantách zdraví) mezi sociálními skupinami, které mají rozdílnou úroveň sociálního zvýhodnění/znevýhodnění – to jest odlišné postavení v sociální hierarchii.*

Příklady více a méně zvýhodněných sociálních skupin zahrnují socioekonomické skupiny (většinou definované příjmovou úrovní, ekonomickými statky, typem povolání (/occupational class/ a nebo úrovní vzdělání), rasové/etnické nebo náboženské skupiny nebo skupiny definované pohlavím, místem (geography), věkem, zdravotním postižením (disability), sexuální orientací a dalšími charakteristikami podstatnými pro dané prostředí či kontext.“ (Braveman, P., Gruskin, S. – ibid.)

Zdůrazňuje se, že ekvita není „ekvalita“ (rovnost). *„Nespravedlnost ve zdraví (health inequity) zahrnuje více než pouhou nerovnost, neboť některé zdravotní nerovnosti (např. rozdíl mezi průměrnou dobou dožití mezi ženami a muži) nemohou být oprávněně charakterizovány jako nespravedlivé a některým nerovnostem nelze ani zabránit ani je následně léčbou odstranit. Nespravedlnost znamená selhání při zamezení nebo překonání nerovností ve zdraví, které vyplývají z porušení lidských práv nebo jsou jinak nespravedlivé. Nespravedlnosti ve zdraví mají své kořeny v sociální stratifikaci.“* (Solar, 2005, s. 5)¹⁶

Nejedná se v tomto pojetí o rovnost výsledku, ale rovnost poměru zásluhy a výsledku. Ekvita zde tedy obsahuje prvek zásluhy, ale ten je na zdraví těžce uplatnitelný. Byl by uplatnitelný na přidělování zdravotní péče, tam však pro míru solidarity vina a zásluha není důležitá a není zkoumána (zavinění úrazu, dopravní nehody a navazující nákladné operace), naproti tomu v případě sociální potřeby (např. potřeba pomoci a péče ve stáří), která může být mnohem méně zaviněná, je možnost úhrady zkoumána a solidarita v „sociální“ službě je minimální.

Holčík uvádí, že stejné potřebě zdravotních služeb by měla odpovídat stejná spotřeba a zhruba i stejné náklady. *„Takový přístup však neznamená, že ekvitu lze nahradit rovností. Ekvita znamená i přednost pro ty, kteří by v důsledku svého zdravotního stavu měli být spravedlivě preferováni.“* (Holčík, 2004, s. 46) V kontextu stárnutí a dlouhodobé péče je důležitá spíše odlišnost než stejnost přístupu, tj. stejné šance na uzdravení.

Macek¹⁷ (1925, s. 266) rozlišuje spravedlnost trestní, rozdělovací a směnnou (iustia

¹⁶ V angličtině je na rozdíl od češtiny ve spravedlnosti či slušnosti zahrnuta také rovnost, která je vyjádřena předponou equ- (angl. equ-ity a equ-ality). *„Anglické slovo, inequity‘ pak znamená hrubou nespravedlnost, zločinnost, hřích.“* (Kebza, 2005, s. 182) Slovo „equity“ jako „stejnost“: *„vyjadřující stejný vztah mezi individuálním příspěvkem a individuálním podílem; distribuce odměny zde závisí na poměru individuálního příspěvku.“* (Kebza, 2005, s. 182)

¹⁷ Josef Macek (13. 9. 1887 Krumpach u Zábřehu – 19. 2. 1972 Vancouver), český národohospodář a sociálnědemokratický politik. Studoval práva a filozofii na pražské univerzitě. Navštěvoval přednášky Albína Bráfa, který ovlivnil jeho zájem o ekonomii a sociální politiku. Byl uznávaným teoretikem

punitiva, distributiva a commutativa). „*Co si představují různí lidé pod dojmem rozdělovací nebo směnné spravedlnosti? Snad by se to mohlo vyjádřit třemi zásadami: a) každému stejně, b) každému podle jeho potřeb, c) každému podle jeho zásluh.*“ Součástí distributivní spravedlnosti není pouze zásluha, ale také potřeba a také rovnost (každému stejně). Součástí spravedlnosti je tedy i rovnost, resp. určitým způsobem chápáná rovnost, což neklade požadavky jen na podmínky a příležitosti, ale často také výsledky. Masaryk spojoval zásadu spravedlnosti s láskou a opětovně se vyjadřoval, že „*spravedlnost není než matematika lásky*“. (Macek, 1925, s. 263)

Principem spravedlnosti se zabývají také novodobí filozofové, například John Rawls. Cílem je spravedlivé rozdělení společných statků mezi jednotlivé členy v systému dle slušnosti. Ve společnosti musí být vždy uzavřena smlouva. Rawlsova koncepce spravedlnosti vychází z Kantova imperativu. Jiří Šimek a Vladimír Špalek uvádějí: „*Musím svůj konkrétní požadavek, zájem podřídít pravidlu, a to najednou znamená se požadavku nebo zájmu vzdát, nebo když pravidlo je v rozporu s mým momentálním pravidlem, změním pravidlo.*“ (Šimek a kol., 2002, s. 41) Jejich tvrzení je založené na tom, že každý člověk má smysl pro spravedlnost a že považuje druhého člověka za svobodnou a rovnocennou bytost. Spravedlivá společnost by měla používat všechny veřejné prostředky tak, aby byla zabezpečena rovnost a spravedlnost mezi všemi socioekonomickými skupinami.

Kebza uvádí, že: „*Současný vývoj pojetí dostupnosti a spravedlnosti v poskytované zdravotní péči vykazuje mimo jiné též tendenci přecházet při respektování požadavku svobody při sledování individuálních zájmů od dřívějšího pojetí rovnosti ve výsledku k pojetí rovnosti v poskytnutých příležitostech.*“ (Šimek, Špalek, 2002, cit. dle Kebza, 2005, s. 186) Ani svobodu individua však nelze absolutizovat do podoby fenoménu řešícího univerzálně otázky lidského života a všestranně korektního a spravedlivého uspořádání vztahů mezi lidmi navzájem. Jak ukazují dosavadní zkušenosti, v životě společnosti se musí spojovat vyvážené uplatňování obou základních principů: principu svobody a principu mravnosti, dobra, aby bylo možno zajistit blaho celku.

Ekvita se však netýká jen rozdílů mezi sociálními skupinami, ale také mezi regiony a zeměmi, mezi bohatými a chudými zeměmi. „*Podle podkladů OECD bylo v roce 1960*

družstevního socialismu, propagátorem důsledné pozemkové reformy a hospodářské demokracie. Po Mnichovu náležel k vedoucím představitelům Národní strany práce. Po komunistickém puči emigroval do USA (1949), kde se stal profesorem na univerzitě v Pittsburgu. Od roku 1952 byl jak ve výkonném výboru Rady svobodného Československa, tak ve vedení exilové sociální demokracie.

možno poměr mezi nejchudšími a nejbohatšími státy světa vyjádřit čísly 30:1, avšak v roce 1994 vzrostl tento poměr na 78:1.“ (Kickbusch, 1997, cit. in Žáček, 2000b; Kebza, 2005, s. 182) Holčík píše: „Narůstající sociálně ekonomické rozdíly ve společnosti se stávají v řadě zemích jedním z dominantních zdravotně sociálních problémů, na který je jen krajně obtížné reagovat v tradičních hranicích zdravotnické soustavy.“ (Holčík, 2004, s. 4)

Kebza říká, že: „Současná společnost je ohrožena rizikem absolutizované a glorifikované spotřeby, konzumu, vytěsňujícím jiné hodnoty a vztahy mezi lidmi a populačními skupinami“. (Kebza, 2004, s. 183) Badura a Kickbusch (1991) uvádějí rostoucí využívání medií různými zájmovými skupinami pro ovlivňování politiky. „Masmedia se také, záměrně nebo nezáměrně, podílejí na tvorbě politiky prostřednictvím jejich vlivu na povahu obecného diskursu. Mají vliv na tvorbu politiky nejen tím, co říkají, ale rovněž: zda vůbec něco říkají (nastolení otázek, programu).“ (Badura, 1991, s. 16)

Aplikovaná koncepce spravedlnosti ve zdravotnickém systému je hledáním kompromisu a vyjednáváním mezi jednotlivými zájmovými skupinami a představami společnosti o ideálním fungování systému. Je nutné v rámci spravedlnosti brát v úvahu, zda nastavená pravidla jsou pro všechny přijatelná a zda jsou přínosná pro zdravotně znevýhodněné, aby naopak nebyla brána jako překážka vstupu do systému (např. zvýšení finanční spoluúčasti na zdravotní péči). Spravedlností ve zdraví a solidaritou se zabývá program Zdraví 21, vydaný Světovou zdravotnickou organizací. Jan Holčík ve své knize Zdravotní gramotnost a její role v péči říká, že: „Postupně se však ukazuje, že zdraví není výlučně záležitostí medicínskou, je úzce podmíněno sociálními, ekonomickými a politickými okolnostmi. Je nutné brát v úvahu takové okolnosti jako je výchova a vzdělávání, rozvoj demokracie, a to zejména pokud jde o podíl občanů na rozhodování veřejných záležitostí a využívání veřejných zdrojů.“ (Holčík, 2009, s. 99)

Veřejný a soukromý sektor by měl své aktivity v rozvoji zdravotní politiky směřovat ke spravedlnosti ve zdraví. Rozdělování finančních prostředků by mělo být založené na reciproční spolupráci, která povede k účelnějšímu vynakládání veřejných prostředků určených na zdravotní péči. Dojde k nezbytné restrukturalizaci výdajů, jež budou přínosné pro rozvoj zdraví a kvalitu života. Jedinci a skupiny se zapojí do procesu péče o své zdraví: jedinec by měl mít takové znalosti, aby mohl aktivně ovlivňovat své zdraví. Jan Holčík podmiňuje zapojení jedince do péče o své zdraví zdravotní gramotností, kterou definuje Světová zdravotnická organizace takto: „Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.“

(Holčík, 2009, s. 15)

Kultura a společnost velmi ovlivňuje vnímání zdraví, neboť v jednotlivých rodinách dochází k předávání různých vzorců chování formou sociálního učení. Pokud se cílevědomě posiluje zdravotní gramotnost, bude se postupně zlepšovat zdraví jedinců, které může do budoucnosti přinést i snížení nákladů v rámci zdravotnického systému. (Holčík, 2009)

2.6.1 Spravedlnost v přístupu ke zdravotní péči a právo na zdraví

Etická hodnota spravedlnosti v přístupu ke zdravotní péči, vyjadřuje možnost každého jedince, který dle svých zdravotních potřeb může využít služeb zdravotní péče. Neměl by trpět či zemřít v důsledku nedostupnosti zdravotní péče z důvodu nerovnosti finančních prostředků a (ne)schopnosti zaplatit za poskytovanou péči. Pokud chceme mluvit o spravedlnosti, musíme si také uvědomit, že s tímto aspektem souvisí i principy spravedlivého přerozdělování prostředků, tzn. racionální alokace zdrojů (princip účinné léčby a efektivního řízení kvality zdravotní péče), aby se finanční prostředky účelně využívaly (Haškovcová, 1994). Světová zdravotnická organizace v programu Zdraví 21 pro Evropský region přímo a prakticky řeší etickou hodnotu spravedlnosti přístupu ke zdravotní péči v jednotlivých stanovených cílech. Do roku 2020 se předpokládá snížení rozdílů (o jednu třetinu) mezi jednotlivými socioekonomickými skupinami. Hlavními ukazateli je střední délka života, incidence sledovaných onemocnění a úmrtnost.

Spravedlivý přístup by měl být uplatňován u lidí, kteří se ocitnou v obtížné situaci v důsledku zhoršení zdravotního stavu nebo sociálních podmínek, a to tak, aby byli chráněni před sociálním vyloučením a měl by jim být umožněn snadnější přístup k vhodné péči (Zdraví 21, 2001). Helena Haškovcová se vyjadřuje k principu spravedlnosti následovně: *„Je nemravné zamlčovat, že tomu tak není a být nemůže, neboť vždy existoval a existuje rozdíl mezi dostupnou a ideální medicinou. Máme-li uplatňovat principy spravedlnosti, pak bychom měli rozumět podstatě spravedlnosti. Sociální spravedlnost tkví v tom, aby se řádné a dostatečné pomoci dostalo pokud možno největšímu počtu lidí s vědomím, že vždy bude určitým způsobem limitována.“* (Haškovcová, 2002, s. 253) V oblasti zdravotní péče je otázka sociální spravedlnosti citlivým tématem, neboť je jedním ze základních principů rovných příležitostí pro všechny socioekonomické skupiny obyvatelstva. František Knobloch uvádí, že: *„Podporovat sociální spravedlnost znamená čelit negativní diskriminaci na základě takových charakteristik, jako jsou schopnosti, věk, kultura, pohlaví, rodinný stav, socioekonomický status. Spravedlivě distribuovat zdroje, které jsou k dispozici,*

ve shodě s potřebami.“ (Krebs a kol., 2009, s. 65) František Knobloch se zabývá zdravotními potřebami, které určuje stát a prostřednictvím institucí přerozděluje finanční prostředky na zdravotní péči.

Z hlediska etických hodnot se zamýšlím nad otázkami spravedlivého rozdělení finančních zdrojů na typy zdravotní péče (preventivní, primární, sekundární a terciární). Kdo má největší vliv na alokaci zdrojů, politici, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny? Spravedlivý přístup úzce souvisí s alokací zdrojů v oblasti zdravotnictví a v dnešní době je zásadní a významnou otázkou, neboť zdraví populace je ve velké většině ovlivněno dostatkem či nedostatkem finančních prostředků. Stát by měl racionálně hospodařit a vynakládat veřejné prostředky tak, aby byly úměrně rozděleny dle zdravotních potřeb obyvatelstva. Aby mohl být naplněn princip spravedlivého přístupu a práva na zdraví, musí se stanovit základní právní normy, priority a cíle zdravotní a sociální politiky (Haškovcová, 1994). Alokace finančních zdrojů je velmi citlivým tématem, neboť se nabízí otázka, zdali máme dostatek finančních prostředků na pokrytí zdravotních potřeb a uplatňujeme-li v naší společnosti opravdu spravedlivý přístup v rámci zdravotní péče. Bude ve zdravotnickém systému dostatek finančních prostředků, nebo se zdravotnictví může kvůli rozvoji nových medicínských technologií a farmak dostat do ještě většího deficitu?

3 Alokace zdrojů v rámci systému zdravotní péče

Tuto kapitolu uvedu několika myšlenkami Jiřího Šimka a Vladimíra Špalka, kteří se zabývají etickými aspekty zdravotní péče. Tito autoři definují zdraví následovně: „*Zdraví je jednou ze základních podmínek uskutečňování vlastních představ dobra a ne nutnou podmínkou rovnosti v příležitosti, proto péče o jeho udržení a v případě potřeby i navrácení u každého občana patří mezi povinnosti spravedlivé společnosti.*“ (Šimek, Špalek, Křížová, Janečková, 2002, s. 9) Dále uvádějí, že v rozvinuté společnosti je nezbytné udržet solidární systém financování zdravotní péče, neboť z hlediska zdraví obyvatelstva by mohla vzniknout chudinská zdravotní péče, která by prohlubovala nerovnost mezi chudými a bohatými. Technologický pokrok ve zdravotnictví způsobil také dehumanizaci medicíny, člověk se spíše stává objektem přístrojové techniky a opomíjí se jeho psychosociální a duchovní potřeby.

Etické problémy Jiří Šimek a Vladimír Špalek spatřují zejména v tom, že se vytrácí tradiční povinnosti lékařů vůči pacientům, především podpora a porozumění jejich potřebám. Technologický rozvoj tedy vytlačuje tradiční medicínu a způsobuje zvyšování

alokace finančních prostředků ve zdravotnictví. Je nutné se zamyslet nad tím, zda občané v rámci solidárního systému budou ochotni podílet se na zvyšování nákladů, pokud technika bude postupně nahrazovat sociální komunikaci mezi lékařem a pacientem. Tento aspekt můžeme zvát krizí moderní medicíny, rovněž nazývanou dehumanizace medicíny (Šimek, Špalek, Křížová, Janečková, 2002). Helena Haškovcová k problematice uvádí: „*Technicky vyspělá medicína má své nepopíratelné úspěchy, jejím negativem je však ztráta lidské dimenze pomoci, jakož i obtíže spojené buď s nadbytkem, nebo nedostatkem tzv. heroické medicíny.*“ (Haškovcová, 202, s. 21–22)

V současné společnosti musíme brát v úvahu ekonomické aspekty poskytování zdravotní péče. Jiří Šimek a Vladimír Špalek v této souvislosti říkají: „*Přes nejrůznější nedorozumění mezi zdravotníky a ekonomy je zvyšování efektivity zdravotnických systémů nutné a role ekonomů je zde nezastupitelná. Bez ekonomické analýzy a bez ekonomických nástrojů dnes nemůže obstát zdravotnictví jako celek, ani jednotlivá zdravotnická zařízení a instituce.*“ (Šimek, Špalek, Křížová, Janečková, 2002, s. 9)

Vstoupí-li ekonomický pohled do systému zdravotnictví, vyvolá následné etické problémy, jako je například právo občana požadovat veřejné prostředky na svou léčbu, jaká má být jeho finanční spoluúčast na léčbě. Helena Haškovcová uvádí, že: „*Bylo by nepochybně ideální, mravné a spravedlivé, kdyby každý, kdo se ocitl v nouzi nemoci, mohl dostat vše, co potřebuje. Je nemravné zamlčovat, že tomu tak není a být nemůže, neboť vždy existoval, existuje a bude existovat rozdíl mezi ideální a dostupnou medicínou.*“ (Haškovcová, 2002, s. 253) Zdroje by měly být alokovány ve společnosti nejen dle spravedlnosti, ale také podle ekonomických možností států. Dle Kurta Darra rozvoj lékařské techniky a vědy zejména v 70. letech minulého století přinesl řadu etických problémů, které budou muset být řešeny ve spojitosti s nárůstem chronických onemocnění. Může tedy dojít k problémům alokace zdrojů ve zdravotnickém systému. Odpovědnost za léčení chronicky nemocných pacientů je dána do rukou lékařů, kteří často rozhodují o bytí či nebytí pacienta a řeší etickou otázku, zda mají prodlužovat život pacienta pomocí zdravotnické techniky či nikoliv.

Je však nutné poznamenat, že pokud je pacient dobře léčen, může žít s chronickým onemocněním i řadu let kvalitní život. Nemůžeme a ani nechceme vyžadovat po lékařích, aby volili léčbu dle ekonomických možností, neboť jejich odpovědnost spočívá v podpoře zdraví, návratu zdraví a napomáhání zmírnění utrpení (Darr, 2012). K alokaci finančních prostředků do zdravotnického systému a způsobu hodnocení efektivity se vyjadřuje Anthony Giddens, který píše: „*Hodnocení zdravotnických systémů nás nakonec nutně přivádí k některým*

základním otázkám, na které musíme nějak odpovědět. Společnost jako celek se nemůže vyhnout určitým základním rozhodnutím. Záleží na věku pacienta? Měli bychom zachraňovat životy mladších pacientů s větším úsilím než životy starších? Máme některé aspekty zdravotního stavu považovat za významnější než jiné, a pokud ano, proč? Na žádnou z těchto otázek není snadná odpověď. Ve vyspělých průmyslových zemích lze očekávat, že další vývoj bude místo zvyšování nákladů na léčbu již vzniklých chorob probíhat spíše ve znamení prevence a zdravější životosprávy.“ (Giddens, 1997, s. 151)

Nastavení ideálního zdravotnického systému není opravdu jednoduchým řešením, pokud chceme vycházet z principu solidarity ve zdraví. Z uvedených názorů autorů vyplývá, že společnost musí dbát na veřejné zdraví svých obyvatel (kvalitní strava, bydlení, vzdělávání, spravedlivá alokace finančních zdrojů do zdravotnického systému a další). Jedinec má mít odpovědnost za svůj životní styl, který povede k posilování zdraví. Stát má odpovědnost spravedlivě alokovat finanční prostředky do jednotlivých odvětví podporujících nejen veřejné zdraví, ale také do segmentů souvisejících se zdravotním a sociálním systémem.

3.1 Veřejné statky a stát

Moderní stát by měl svým občanům zajišťovat prostřednictvím „veřejných statků“ zdravotní a sociální služby, vzdělávání, právní řád a mnoho dalších služeb. Jan Sokol uvádí: *„Ekonomové proto rozlišují soukromé statky, které se dají kupovat jednotlivě a platit, adresně, a statky veřejné. Ty se někdy dají financovat nepřímo: most nebo silnice (...), u jiných to ale není z nějakých důvodů možné a musí se za ně platit, paušálem nebo vůbec neadresně.“* (Sokol, 2007 s. 123) Veřejné statky slouží všem lidem a jsou nepřímo financované z daní ekonomicky aktivních osob, ale také z veřejného zdravotního pojištění. Tyto statky jsou v moci státu, který o nich rozhoduje a financuje je formou státního rozpočtu. Je velice nutné podotknout, že lékaři ve většině případů stojí také před etickou otázkou, která vyplývá z jejich povinnosti léčit dle nejlepšího vědomí a svědomí. Lékař by měl mít nejlepší zájem o svého pacienta při jeho léčení, ale lékař je často regulován přidělenými finančními prostředky a měl by umět s přidělenými prostředky hospodařit. Tyto aspekty mohou vyvolat u lékaře rozpor mezi regulací nákladů na léčbu a samotným prospěchem pacienta a samozřejmě i prospěchem vlastním.

Vojtěch Krebs zmiňuje: *„Omezování dynamiky výdajů postrádá kritéria rozhodování co je a co není efektivní. Upřednostňuje se kritérium nákladovosti, vzniká deficitní situace, determinuje jak dostupnost, tak kvalitu péče (služby a materiálová spotřeba).“* (Krebs a kol.,

2009, s. 109) Autor také polemizuje s faktem, zda se ve zdravotnictví dají stanovit přesná kritéria na přerozdělování zdrojů v rámci solidárního systému. Kde končí výše solidarity garantovaná státem a zda stanovení standardu péče vyřeší deficit ve zdravotnickém systému. Autor se domnívá, že drahá a neefektivní péče zvyšuje finanční spoluúčast klienta, ale pouze na přechodnou dobu (Krebs a kol., 2009).

Na alokaci finančních zdrojů se můžeme podívat ze dvou hledisek: makroekonomického a mikroekonomického pohledu. Oba přístupy se navzájem mezi sebou prolínají a celkově se ovlivňují. Makro- a mikroekonomický pohled ve zdravotnickém systému je velmi důležitý pro další vývoj a aplikaci nových přístupů v prevenci a léčbě onemocnění. (Darr, 2009)

3.2 Ekonomický pohled na zdroje

3.2.1 Makroekonomický pohled

Distribuce veřejných prostředků a vztah ke spravedlnosti v solidárním systému je etický problém, neboť každý přispívá podle zákonem stanovených podmínek. Neplatí však přímá úměra mezi vyšším příspěvkem a nárokem čerpat více zdravotní péče. Prostředky určené na zdravotní péči by měly být rozdělovány dle ekonomických parametrů. Jedním z indikátorů je pohled cost-benefit (náklady-užitek), který je zajišťován v rámci zdravotní péče širšímu počtu obyvatelstva. Z makroekonomického pohledu je dobré dávat přednost těm výkonům a léčbě, kde je tento poměr nejvyšší, kdy tedy docílíme za stejné prostředky co největšího prospěchu pro společnost. Alokace finančních zdrojů do zdravotního systému by měla respektovat zdravotní potřeby a rovný přístup ke všem skupinám obyvatelstva. To však znamená, že je nutné stanovit minimální standard zdravotních služeb se zajištěním finančních zdrojů.

Makroekonomická kritéria by se měla opírat o zdravotní potřeby obyvatel v souvislosti se zajištěním zdravotních služeb, tedy stanovení rozhraní mezi primární a sekundární péčí. Dále rozvíjet vysokou kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, které ovlivňují cenu služby, neboť pokud není zaručena kvalita služby, může být poskytovaná péče dražší. Jako příklad lze uvést nozokomiální nákazy u pacientů, kteří díky sekundárně získanému onemocnění (nejčastěji infekce ran rezistentními mikroby, zánět močových cest u nesoběstačných pacientů, kteří mají močový katetr) musí v lůžkovém zdravotnickém zařízení pobývat více dní a jsou léčeni často drahými antibiotiky. Mezi další podmínky

makroekonomického pohledu patří cost-benefit analýzy jednotlivých skupin onemocnění a stanovení finančního zajištění poskytované zdravotní péče, tedy ceny jednotlivých produktů služeb a léčby. (Darr, 2009)

3.2.2 Mikroekonomický pohled

Na zdravotnický systém se můžeme také dívat z pohledu mikroekonomiky a etických principů, které popsal Paul Ramsey v 70. letech minulého století. Autor Kurt Darr popisuje, že Ramsey hledal nediskriminační schéma, základní kritéria, která budou akceptována v rámci mikroekonomiky a alokace zdrojů. Ve svém schématu rozvinul dva stupně. První stupeň se opírá o rozvoj preventivních opatření u jednotlivých chorob a aplikace do praxe. Sledují se faktory cost-benefit, přínos pro jedince a celou společnost. Druhá úroveň spočívá ve sledování jednotlivých klientů, přínosu nastavených preventivních opatření pro kvalitu jejich života, prodlužování délky života, sledování sociálních faktorů v konsenzu se stanovenými medicínskými kritérii. Výsledkem obou úrovní schématu by mělo být propojení objektivních údajů (léčba, opatření) a subjektivních kritérií u klientů. Tento přístup má i význam pro statistické hodnocení jednotlivých přístupů léčby, které je z mikroekonomického hlediska možno hodnotit (např. stanovení ceny léčby, screeningová onemocnění).

Další kapitola se bude věnovat právním dokumentům, které mají vztah k etickým principům. V právních dokumentech budu hledat a diskutovat, zda se jednotlivé popsane etické principy prolínají v zákonných normách. Česká republika by se měla také řídit mezinárodními úmluvami, jež promítne do zákonných předpisů ve zdravotnickém a sociálním systému. Uvedu nejdůležitější mezinárodní úmluvy a právní předpisy, které mají historický podtext k formování zdravotnického systému.

4 Právní předpisy v České republice

4.1 Mezinárodní dokumenty týkající se práva na zdraví

Evropská sociální charta (1961, dále jen „Charta“) v Turíně stanovila 19 základních sociálních práv a principů. Ratifikací Charty se členské státy Rady Evropy zavazují k naplnění jejích principů všemi vhodnými prostředky, jak na národní tak na mezinárodní

úrovni.¹⁸ Charta obsahuje výčet sociálních práv člověka, jako příklad uvedu článek č. 13. bod 1., který přímo řeší Právo na sociální a lékařskou pomoc, kde se smluvní strany zavazují: „Zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu.“ (Evropská sociální charta, vstoupila v platnost 3. listopadu 1999)¹⁹

Sociální práva byla a jsou upravována v našem právním systému. Pokud se podíváme do roku 1988, tedy období Československé socialistické republiky, zjistíme, že byl vydán zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů v sociálním zabezpečení, který upravoval zejména působnost Ministerstva práce a sociálních věcí, krajů, okresů a obcí na úseku sociální péče a zajištění druhů sociální péče. V rámci tohoto zákona byly kromě jiného upraveny podmínky pro poskytování dávek určených na podporu osob pečujících o osobu blízkou, respektive dávek určených ke zmírnění tzv. bezmocnosti.²⁰

Deklarace z Alma-Aty

V Alma-Atě se dne 12. 9. 1978 konala mezinárodní konference o základní zdravotní péči. Deklarace obsahuje prohlášení, kterým vyzývá vlády, zdravotníky, veřejné činitele a celou světovou veřejnost, aby chránili a pomohli k rozvoji zdraví. Tato deklarace obsahuje

¹⁸ V roce 1988 ve Štrasburku byla Charta rozšířena Doplnovacím protokolem o další 4 body. Pozměňovací protokol z roku 1991 v Turíně se zabývá zejména zlepšením mechanismu kontroly a zvýšení její účinnosti ve státech, které ji ratifikovaly. Česká republika se stala signatářem Charty dne 3. 6. 1993 a ta u nás vstoupila v platnost 3. listopadu 1999, po ratifikaci prezidentem České republiky. Jedná se tedy o dokument, který je v České republice závazný, jeho plnění je monitorováno a jeho principy by měla respektovat naše legislativa.

¹⁹ Sdělení Ministerstva zahraničních věcí: S Chartou vyslovil souhlas Parlament České republiky, prezident republiky Chartu ratifikoval. Ratifikační listina České republiky byla uložena u generálního tajemníka Rady Evropy dne 3. listopadu 1999.

²⁰ Tento příspěvek náležel osobě pečující celodenně o osobu blízkou, která je starší 80 let (podle § 70 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení). Tento způsob nepojistného dávkového systému platil do konce roku 2006, kdy byl vydán nový zákon o sociálních službách č. 108/2007 Sb., který „bezmocnost“ upravil na finanční kompenzaci disability klienta formou dávky příspěvku na péči. Současný systém sociálního zabezpečení pokrývá sociální události, jako jsou například invalidita nebo stáří, formou sociálního pojištění, které je založeno na principu solidarity (zdravý vůči nemocnému, ekonomicky aktivní vůči ekonomicky neaktivnímu).

deset částí, které zdůrazňují základní zdravotní péči jako nedílnou součást v péči o zdraví. V části I. je zdůrazněno následující: „*Zdraví, které je stavem plné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen pouhou nepřítomností nemoci nebo vady, je základním lidským právem*“. V části V. se uvádí, že: „*Hlavní sociální úkol všech vlád, mezinárodních organizací a celé světové veřejnosti pro nejbližších deset let by měl být: dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví lidí na celém světě, která by jim umožnila vést společensky a ekonomicky produktivní život. Primární péče o zdraví je prostředkem k dosažení tohoto cíle.*“ (Holčík, 2009, s. 104) O této deklaraci můžeme říci, že je již zastaralá, ale její principy jsou stále využitelné i pro náš zdravotnický systém, neboť jak je uvedeno, zdraví je základním lidským právem. Rozvoj primární péče je hlavním stavebním kamenem zdravotnického systému. Před 34 lety byla tato deklarace vydána, a pokud se podíváme na náš zdravotnický systém, nebyla dostatečně rozvinuta primární péče ani po roce reformních změn 1989. V našem zdravotnickém systému stále převažuje akutní model péče. V tomto kontextu je třeba ještě uvést, že do roku 1989 byla velmi dobře propracovaná koncepce zdravotní primární péče o dítě a seniorskou populaci (léčebny pro dlouhodobě nemocné, institut geriatrické sestry). Historický vývoj a reformní kroky s následnými změnami budou popsány v dalších kapitolách.

Dalším velice důležitým dokumentem je Ottawská charta, která byla zaměřena na posilování a rozvoj zdraví. Mezinárodní konference v Ottavě (Kanada) se konala 21. listopadu 1986. Jan Holčík uvádí: „*Tato konference reagovala především na rostoucí naději vkládanou do nového zdravotního hnutí, do něhož se zapojuje veřejnost na celém světě... vyšla z dosavadních výsledků, které přinesla Deklarace o základní zdravotní péči přijatá v Alma-Atě.*“ (Holčík, 2009, s. 107) Hlavním předpokladem obsaženým v Chartě pro rozvoj zdraví je „*mír, obydlí, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, dostatečné zdroje, rovnoprávnost a sociální spravedlnost. Zdraví lze zlepšovat jen při splnění těchto podmínek*“. (Holčík, 2009, s. 107) Účastníci konference se zavázali kromě dalších důležitých věcí ke změně orientace zdravotnického systému, který by měl podporovat zdraví, a s tím souvisejí i změny v alokaci finančních prostředků do systému. (Proto, že má vztah k alokaci finančních zdrojů do zdravotnického systému, zde tuto úmluvu uvádím.) Dále charta zdůrazňuje rovnoprávnost a spravedlnost, která je také obsažena v základních etnických principech při tvorbě zdravotnického systému.²¹

²¹ Podíváme-li se na alokaci finančních zdrojů po roce 1989, který byl rokem politických změn ve společnosti, bylo alokováno pouze 5,27 % z hrubého domácího produktu (Vepřek, Vepřek, Janda, 2001).

4.1.1 Mezinárodní dokument Ekonomické a sociální rady Spojených národů

V roce 2000 vydala Ekonomická a sociální rada Spojených národů (Economic and Social Council) mezinárodní dokument Právo na nejvyšší docílení standardu zdraví (The Right to the Highest Attainable Standard of Health: 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments) definující právo na svobodu a zdraví. Právo na svobodu je vyjádřeno jako právo na kontrolu zdraví, sexuální reprodukční svobodu a právo nebýt mučen a neúčastnit se léčebných experimentů. Každý člověk má právo na ochranu zdraví, která vychází z rovnosti příležitostí, vedoucí k hlavnímu cíli, a to dosáhnout té nejvyšší úrovně zdraví obyvatel. Toto právo musí samozřejmě vycházet z individuálních biologických a socioekonomických podmínek a možností daného státu. Stát má v první řadě rozvíjet systém preventivních opatření, vycházejících ze zdravých podmínek pro život každého člověka. Mezi zdravé podmínky života zahrnujeme životní prostředí, pracovní podmínky, bydlení, stravu, pitnou vodu, vzdělání, informace o zdravých podmínkách a reprodukční zdraví.

Stát nemůže zabezpečit lidem dobré zdraví, ale musí zabezpečovat zdravé podmínky pro život občanů a provádět nezbytná opatření v případech onemocnění. Aby mohl být mezinárodní dokument implementován v praxi, musí stát vytvářet podmínky k jeho realizaci. Úkolem státní politiky jednotlivých států je především zajistit dosažitelnost zdravotnických služeb, a to s důrazem na vzdělávání lékařského a nelékařského personálu a rozvoj zdravotnických služeb dle potřeb obyvatelstva. Dále je důležitý rozvoj preventivních programů zaměřených na zdraví obyvatelstva. Mezi další podmínky realizace patří lékařská dostupnost pro všechny socioekonomické vrstvy společnosti.

Ekonomická dostupnost řeší zabezpečení zdravotnických služeb pro všechny vrstvy obyvatelstva se zřetelem na spravedlivý a rovný přístup pro bohaté a chudé. Významnou roli v tomto procesu hraje i informační dostupnost obsahující právo na důvěryhodné informace. Další podmínkou je přijatelnost pro všechny socioekonomické skupiny z hlediska kvality poskytovaných služeb. Zdravotnické služby se musí zabývat preventivními programy, vhodnou léčbou, zejména na komunitní úrovni. Stát by měl mít dobře organizovaný a fungující zdravotnický systém a systém sociálního a zdravotního pojištění. Všechna politická rozhodnutí v otázkách zdraví by měla vést k právu na zdraví, a to na komunální a národní úrovni. Zdravotnický systém musí zahrnovat i péči o děti, adolescenty a seniory v oblasti prevence a kurativy.

Dále je třeba věnovat pozornost lidem s handicapem, kterým je nutné nabídnout dostupné zdravotně sociální služby, které nepovedou k jejich diskriminaci a vyloučení ze společnosti. Do systému musí být zahrnuti i lidé jiných národností, kteří žijí v dané zemi, musí být zabezpečen rovný přístup mužů a žen bez známek diskriminace. Mezi velmi důležité podmínky patří přijetí legislativních opatření garantujících dosažitelnost, dostupnost a přijatelnost pro všechny socioekonomické vrstvy obyvatelstva. Dokument obsahuje specifické závazky pro všechny státy, jež se zavazují respektovat právo na zdraví pro všechny občany, ale také pro lidi uvězněné, azylanty, minority, ilegální imigranty v preventivní, léčebné a paliativní péči. Státy musí legislativní úpravou zajistit spravedlivý přístup ke zdravotní péči tak, že privatizace zdravotnického sektoru nebude vytvářet mezi lidmi hrozbu, která neohrozí dosažitelnost, dostupnost a přijatelnost a kvalitu zdravotnických služeb. Zdravotnické privátní a veřejné služby mají být ve státě rovnoměrně rozloženy a poskytovat ze zdravotního pojištění nejen diagnosticky léčebnou péči, ale také preventivní programy zaměřené na zdravý způsob života (omezení kouření, alkoholu, špatného životního stylu, HIV/AIDS), snižující riziko onemocnění a minimalizující rizikové faktory. Praktičtí lékaři a další specialisté mají mít vhodné standardy na edukaci v souladu s etickými kodexy jednotlivých profesí. Velmi důležitým závazkem pro státy je vytvoření informačního systému, který umožní širším vrstvám obyvatelstva přístup k informacím souvisejícím se zdravím. Implementace práva na zdraví musí být realizována prostřednictvím zdravotní politiky státu, která by měla mít vytvořený časový harmonogram změn a realizaci právních norem v praxi. Státy se musí zavázat, že provedou určité kroky, které povedou k realizaci závazků vyplývajících z úmluvy, a budou vzájemně spolupracovat s mezinárodní organizací Světové zdravotnické organizace. V praxi to znamená, že je nutné pro implementaci úmluvy vytvořit vhodné ekonomické a technické podmínky, které se také opírají o deklaraci z Alma-Aty o primární péči. Úmluva klade důraz na celospolečenskou dohodu mezi všemi členy společnosti: profesionálními pracovníky, rodinami, místními komunitami, mezivládními a vládními organizacemi, privátním a státním sektorem, které povedou k naplnění práva na zdraví. V rámci alokace zdrojů musí stát formulovat jasné cíle, kterých chce dosáhnout ve zdravotní péči. Zároveň musí však identifikovat dostupné zdroje, které zajistí efektivní alokaci vedoucí k naplnění stanovených cílů.

Národní strategie práva na zdraví musí zahrnovat principy, jako je odpovědnost, nezávislost justice a implementace základních lidských práv. Ke stanoveným cílům stát navrhuje ukazatele a národní standardy, které jsou monitorovány na národní a mezinárodní úrovni. Státy mohou využít technickou podporu Světové zdravotnické organizace v rámci

rozvoje indikátorů a kritérií, které podporují rozvoj práva na zdraví. Kontrolní činnost práva na zdraví může vykonávat také ombudsman, úřad pro lidská práva, spotřebitelská fóra, patientské organizace nebo podobné instituce. Také soudci a členové právnických profesí by měli věnovat nejvyšší pozornost porušování základních lidských práv. (Mezinárodní dokument The Right to the Highest Attainable Standard of Health: 11 / 08 /2000. E/C.12 / 2000/4. (General Comments)

Pokud si promítneme hlavní zásady mezinárodního dokumentu „Právo na nejvyšší docílení standardu zdraví“ do našeho současného zdravotnického systému na příkladu alokace zdrojů do vybraných segmentů péče, docházíme k následujícím zjištěním: V roce 2006 byl celkový podíl z vybraného zdravotního pojištění alokován do ambulantních služeb 23,6 % finančních prostředků, zatímco v porovnání s rokem 2010 bylo alokováno 25,7 %, tedy o 2,1 % více. Alokace prostředků v roce 2006 do ústavní nemocniční péče činila 50 % celkových nákladů z vybraného zdravotního pojištění a v roce 2010 to bylo 51,8 % finančních prostředků, tedy zaznamenáváme nárůst zdrojů o 1,8 %. V této souvislosti ještě zmíním financování zdravotnických služeb zejména pro seniorskou populaci, která by měla být poskytována nejlépe v jeho domácím prostředí službou typu domácí zdravotní péče. Tato forma péče od roku 2006 není rozvíjena a podporována zdravotními pojišťovnami (v roce 2006 tvořila v celkových nákladech pouze 0,5 % a v roce 2010 0,6 %). Lůžka pro dlouhodobě nemocné také v současné době zaznamenávají pokles ve financování zdravotní péče (v roce 2006 to bylo 2,1 % a v roce 2010 1,8 % z celkových nákladů). (Hejduk, 2012)

V tomto případě je tedy nutné položit otázku, jak je zabezpečena zdravotní péče o seniorskou populaci? Jde o spravedlivý přístup ke zdraví, naplňující principy mezinárodního dokumentu v současném světě? Do roku 1991 byla terénní péče o seniory zabezpečena geriatrickými sestrami, které pracovaly u praktických lékařů pro dospělé a vykonávaly terénní ošetrovatelskou péči. Helena Haškovcová k této problematice uvádí: „V souvislosti s privatizací ordinací praktických lékařů v roce 1991 zanikly geriatrické sestry.“ (Haškovcová, 2010, s. 213) Jejich činnosti převzaly agentury domácí péče, ale jak jsem uvedla, dle statistických ukazatelů Českého statistického úřadu se nezvyšuje podíl alokace finančních prostředků vzhledem ke zdravotním potřebám klientů.

4.2 Základní právní předpisy v oblasti práva na zdraví v České republice

V České republice je právo na zdraví zakotveno v těchto základních právních předpisech: Listina základních práv a svobod, která je obsažena v Ústavním zákoně, č. 2/1993 Sb. Ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. (dále Listina). Článek č. 31 Listiny říká následující: *„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“* Dále Článek č. 4 Listiny stanoví, že: *„Zákonná omezení základních práv a svobod musí platit stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky“* (<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>). Tato Listina má zaručit všem občanům spravedlivý přístup ke zdravotní péči, která je založená na solidárním systému, tedy předplacené péči. Každému člověku musí být zajištěna a poskytnuta zdravotní péče bez ohledu na jeho finanční možnosti péči uhradit.²²

Helena Haškovcová uvádí: *„Evropa, jak víme, se politicky a hospodářsky sjednocuje a v brzké budoucnosti dojde nejen k volnému pohybu kapitálu, pracovních sil i služeb, ale také k volnému pohybu pacientů. Lidé celého evropského regionu by měli mít jistotu, že jejich případná patientská role bude mít relativně stejná pravidla.“* (Haškovcová, 2002, s. 103) Tento dokument má různé názvy, které se používají v praxi: Konvence o bioetice, Konvence o biomedicíně, Úmluva o biomedicíně atd., neboť název dokumentu je dlouhý a pro jeho interpretaci nepraktický.²³ V kapitole 1 - Obecná ustanovení, Článek 1. Účel a předmět se kromě dalších ustanovení říká, že: *„Každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této úmluvy.“* (Haškovcová, 2007, s. 882) Mezi hlavní zásady Úmluvy o ochraně lidských práv patří souhlas osoby v oblasti péče o zdraví, kde je brán zřetel na ochranu osob neschopných dát souhlas (nezletilé osoby), dále ochrana osob s duševní poruchou, který je brán jako stav

²² Dne 16. listopadu 1996 výbor ministrů Rady Evropy ve Štrasburku přijal Konvenci o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (dále jen Úmluva o ochraně lidských práv), poté byla v dubnu 1997 předložena Radě Evropy.

²³ Úmluva o ochraně lidských práv byla podepsána vládou České republiky dne 24. 6. 1998 a byla ratifikována dne 1. 10. 2001). Tato Úmluva byla v České republice publikována pod č. 96/2001 Sb. a je pro Českou republiku závazná, neboť se jedná o nejvyšší zdravotnický zákon, který je povýšen nad platnou legislativou země. (Haškovcová, 2002)

nouze. Mezi další zásady patří ochrana soukromí a právo na informace o svém zdraví, souhlas s pravidly vědeckého výzkumu na člověku s transplantacemi. (Haškovcová, 2007)

Úmluvou o ochraně lidských práv a jejím obsahem se nebudu ve své disertační práci zabývat, ale musím v této souvislosti uvést, že tomuto závaznému předpisu předcházela v České republice etický kodex Práv pacientů, který vznikl díky iniciativě Heleny Haškovcové a předsedy komise Jaroslava Šetky v rámci práce Centrální etické komise při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví České republiky v roce 1992 (Haškovcová, 2002). Etický kodex nebyl však z hlediska práva nijak vymahatelný, Helena Haškovcová uvádí, že „*Vyjadřuje opodstatněná přání nemocných, která právě proto, že jejich opodstatněnost uznává i většina zdravotníků, reprezentují mravní normu, vyzývající k důslednému naplňování.*“ (Haškovcová, 2007, s. 98–99)

Jako příklad uvedu formulaci z etického kodexu Práv nemocných, která nejlépe vystihuje potřebu pacientů získat informace o svém zdravotním stavu. V právech pacientů (bod 3) se uvádí: „*Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s tím souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena.*“ (Haškovcová, 2002, s. 99) Toto právo pacienta uvádím v souvislosti s hodnotou zdraví, neboť pouze správně poučený pacient se může rozhodnout, zda léčebný či terapeutický zákrok podstoupí, a je mu dána určitá odpovědnost za svá rozhodnutí. Helena Haškovcová se velice podrobně ve své knize zabývá rozkladem informovaného souhlasu v souvislosti s platnou Úmluvou o ochraně lidských práv a způsobem jejího naplnění v našem právním systému. Haškovcová říká: „*Souhlas pacienta musí splňovat tři základní náležitosti: musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Poučený souhlas je požadován proto, aby se pacient mohl kvalifikovaně rozhodnout pro navrhovanou léčbu. Poučit pacienta je nutné, ale jeho poučenost bude specifická, neboť laická kvalifikace se nikdy nemůže vyrovnat lékaři.*“ (Haškovcová, 2007, s. 25–26)

Informovaný souhlas má tedy i řadu etických problémů, které také historicky vyplývají z postavení lékaře a pacienta v paternalistickém přístupu lékaře. Často pacient ani neporozumí charakteru a závažnosti svého onemocnění, neboť byl nesprávně poučen lékařem. Do rozhodování pacienta vstupují i psychologické aspekty, jako je obava, strach,

schopnost se koncentrovat a přijímat informace, ale také je nutné počítat se zdravotní gramotností obyvatel.²⁴

Navržený zákon v paragrafovém znění v oblasti práv pacientů vychází z ustanovení Úmluvy, ale také z etického kodexu Práv nemocných (1992), který v jednotlivých člancích řeší souhlas pacienta v oblasti zdravotní péče. Porovnáme-li zákon o zdravotních službách s navrženými opatřeními Úmluvy o ochraně lidských práv (Kapitola 5, Souhlas) a paragrafové znění zákona, najdeme zde základní principy ochrany osoby. V zákoně (výňatek z textu zákona 372//2011 Sb., v § 31 odstavec 1a) se například uvádí: „*Poskytovatel je povinen: zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (dále jen informace o zdravotním stavu), umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky, vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.*“ (Výňatek ze zákona 372/2011 Sb.)

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva o právech osob se ZP) vstoupila v České republice v platnost dne 28. října 2009. Je zaměřená na dodržování všech základních lidských práv a základních svobod osob zdravotně postižených a odstraňování diskriminačních mechanismů, bariér, které brání zapojení do společnosti. V souvislosti s ustanovenými právními předpisy platnými pro Českou republiku je to významný dokument, který je kromě jiných témat (například vzdělávání, přístup k informacím, bydlení, rehabilitace a další ustanovení) věnován hodnotě zdraví. V Článku 25 Zdraví (písmeno b) se uvádí: „*Poskytují zdravotní služby, které osoby se zdravotním postižením, i děti a starší osoby, potřebují specificky z důvodu svého zdravotního postižení, a to včetně včasné detekce a intervence, pokud je vhodná, a dále služby určené k minimalizaci nebo prevenci dalšího zdravotního postižení.*“ (Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, s. 13)

²⁴ Obsah informovaného souhlasu byl popsán ve vyhlášce č. 64/2007 Sb. Dne 9. 9. 2011 (ve třetím čtení) byl schválen Poslaneckou sněmovnou České republiky vládní návrh Zákona o zdravotnických službách (dále jen zákon). Tento navržený zákon podporuje jmenované zásady Úmluvy. Jako příklad uvedu práva pacientů, která jsou uvedena ve třetí části jako Postavení pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a to zejména v § 27, § 28, § 31 (Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách).

V této souvislosti bych chtěla uvést, že v České republice není zatím nastaven žádný systémový přístup zdravotně sociální péče v přístupu k zdravotně postiženým a chronicky nemocným. Péče o tyto osoby je rozdělena mezi Ministerstvo zdravotnictví, kde dominuje především akutní model zdravotní péče, a Ministerstvo práce a sociálních věcí, které řeší již důsledky zdravotního postižení formou dávek (invalidní důchody, příspěvek na péči) a sociální péče. Bude naprosto nezbytné přijmout společný koncept řešení obou ministerstev a to v nastavení zdravotně sociální péče. Pracovala jsem v multioborovém týmu na přípravě zákonů dlouhodobé péče a ucelené rehabilitace, kde jsme se snažili nastavit koncepci péče o zdravotně postižené a chronicky nemocné klienty. Tento inovativní přístup spočíval v nastavení jednotlivých fází lékařské, ošetrovatelské, vzdělávací a sociální péče, kterými by postupně klient procházel a jejichž cílem by bylo udržet klienta na pracovním trhu nebo mu poskytnout adekvátní zdravotně sociální péči odpovídající jeho potřebám.

4.2.1. Reformní zdravotnické zákony nahrazující zákon č. 20/1966 Sb.

Práva pojištěnce/pacienta byla dána zákonem č. 20/1966 Sb., ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu, který upravoval například pravidla v poskytování zdravotních služeb, jednotlivé segmenty zdravotnických služeb (např. ambulantní, preventivní opatření, lázeňskou péči). Tento zákon byl v průběhu jeho platnosti několikrát novelizován (cca 32 novel od roku 1990 do roku 2004) a v současné době je nahrazen zákonem č. 372/2011 o zdravotnických službách, který reaguje svými právními předpisy na některá ustanovení mezinárodní úmluvy Konvence o biomedicíně (například práva pacientů, institut dříve vyslovených přání a další zákonné ustanovení). Zákon vstoupil v platnost dne 1. 4. 2012. Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky druhů a forem zdravotní péče, kde se zavádí nový typ zdravotní péče: jednodenní chirurgie, dále dlouhodobá lůžková ošetrovatelská péče. Stanovuje práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, ale také poskytovatelů zdravotních služeb. V zákoně se rovněž pojednává o kvalitě a jejím hodnocení v rámci bezpečného poskytování zdravotních služeb. Formovaný zákon je v souladu s předpisy Evropské unie.

Mezi důležité zákony patří zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který byl novelizován v roce 2011 zákonem č. 369/2011 Sb., kde se například v § 1 odstavci d) uvádí: *„na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.“* (výňatek ze zákona č. 369/2011 Sb.) Tento právní předpis by měl ochraňovat

klienta před korupcí ve zdravotnickém systému, neboť lékař ani jiný zdravotnický pracovník nesmí za zdravotní péči přijmout žádnou úhradu. Klient má samozřejmě i povinnosti dodržovat doporučený léčebný režim hrazený z veřejného zdravotního pojištění v § 12 písmeno d) „*poskytnout součinnost při poskytování zdravotních služeb a kontrole průběhu individuálního léčebného postupu a dodržovat poskytovatelem stanovený léčebný režim.*“ (výňatek ze zákona č. 369/2011 Sb.) Novelizaci zákona jsem citovala z důvodů nároku občana na poskytnutí zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny nemohou tedy regulovat zajišťování zdravotní péče klientům. Regulačními opatřeními od zdravotních pojišťoven se zabývá Ondřej Dostál, který se specializuje na zdravotnické právo. Ondřej Dostál uvádí: „*Podle článku 31 Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu zdraví, přičemž má na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Toto právo je nutné aplikovat společně s článkem 3 odst. 1 Listiny, který obecně zakazuje bezdůvodnou diskriminaci.*“ (Dostál, 2005, s. 16) Dále ve své přednášce uvádí, že právo na přístup k péči by nemělo být závislé na úhradové regulaci pojišťoven, na interních restrikcích zdravotnických zařízení nebo subjektivním názoru lékaře o neidentifikovatelnosti jeho onemocnění pro případnou léčbu.

Zdravotní péče se má poskytovat s cílem zlepšení nebo zachování zdravotního stavu, tedy není podstatná ekonomická či organizační kontraindikace, rozhodují pouze medicínská kritéria. (Dostál 2009) Pro ilustraci uvádím výtah ze zákonné normy § 17, zákona 48/1997 v platném znění, odstavec Hodnoty bodu: „*Výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.*“ (výňatek ze zákona 369/2011 Sb.) Z ustanovení zákona vyplývá, že zdravotní pojišťovna nemůže omezovat péči, neboť by měl být sledován veřejný zájem. Otázkou však zůstává, kdo by měl zastávat veřejný zájem. Je to Ministerstvo zdravotnictví, samospráva nebo samotní klienti, kteří jsou často organizováni v různých občanských sdruženích dle povahy onemocnění? Domnívám se, že by se každý z nás měl podílet na formování zdravotní politiky v rámci samospráv, ale také na celostátní úrovni. Musím však dodat skutečnost, že ovlivňování

zdravotní politiky na všech úrovních záleží na dostupnosti informací a také na zdravotní gramotnosti obyvatel.

Zdravotní pojišťovny by tedy neměly omezovat přístup klienta ke zdravotnickým službám. Měly by mu vždy poskytnout adekvátní léčbu s cílem návratu uzdravení nebo poskytnout takovou péči, která pomůže zmírnit jeho utrpení v terminálním stádiu nemoci. Naše zdravotnické zákony nemají v současné době žádné legitimní právní opatření vymezující, co je standardní zdravotní péče a co je již nadstandardní péče. V praxi to znamená, že klient má právo na poskytnutí adekvátní zdravotní péče dle jeho potřeb bez jakéhokoli finančního omezení zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb. Hana Janečková v této souvislosti uvádí, že: „*Zákony České republiky dosud oficiálně neoddělují balík základních služeb hrazených ze zdravotního pojištění a služby nadstandardní připouštějící vybírání poplatků. Současný systém hrazení zdravotnických služeb však nutí zdravotnická zařízení k redukování rozsahu nabízených služeb, a tedy ke vzniku pořadníků v nemocnicích a k prodlužování čekací doby v ambulancích.*“ (Janečková, 2009, s. 76)

Obecně lze říci, že zdravotnická zařízení se chovají tak, jak jim je nastavena paušální platba ze zdravotních pojišťoven, neboť většina zařízení získává finanční zdroje na zdravotní péči o klienty formou paušálních plateb v rámci dohádovacích řízení s jednotlivými pojišťovnami.

Mezi další průlomové zákony měnící zákon č. 20 z roku 1966 je zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který kromě jiných právních úprav řeší roli posudkového lékaře a jeho spolupráci s ostatními ošetřujícími lékaři. Stanovují se také možnosti osoby, která je posuzovaná, podávat námitky. Můžeme o tomto zákoně říci, že nastavuje multidisciplinární spolupráci mezi ošetřujícím lékařem a posudkovým lékařem, který je zařazen v sociálním systému. Dále zákon řeší i pracovně lékařské prohlídky, které by měly brát zřetel na rizikové faktory přímo ovlivňující zdraví a další ukazatele bezpečnosti práce.

V současné době vstoupilo vládní nařízení o stanovení dojezdových dob vyjadřující místní dostupnost zdravotní péče.²⁵ Veškerá primární péče má dle návrhu časovou

²⁵ Vládní nařízení stanovuje lhůty vyjadřující časovou dostupnost plánované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotní péče). Vládní nařízení se zabývá místní dostupností, dojezdovými dobami hrazené ambulantní a lůžkové péče (v § 1). (Nařízení 2/2012 vlády České republiky o místní a časové dostupnosti zdravotní péče)

dostupnost 40 minut. Za zmínku stojí dostupnost lékaře specialisty v oboru geriatric, kde je stanovena dostupnost 120 minut jako například u plastické chirurgie. Dále dostupnost následné lůžkové péče v odborných léčebných ústavech, kdy je stanovena dojezdová dostupnost na 180 minut jako například u oboru medicínského neurochirurgie (uvedeno v Příloze č. 1. k nařízení vlády). Dle mého soudu by měla následná lůžková péče navazovat na akutní péči, kde je dostupnost lůžkové péče stanovena na 45 minut. Další změnou je stanovení časové dostupnosti (§ 2) plánované hrazené péče, která je stanovena v rozmezí od 8 týdnů například u angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony do 78 týdnů u náhrady kyčelního kloubu. Pojišťovny mají nejpozději do 1. 1. 2013 zajistit dostupnou dojezdovou dobu pro hrazenou ambulantní a lůžkovou péči (Nařízení 2/2012 vlády České republiky o místní a časové dostupnosti zdravotní péče). Když se podíváme na stanovení dostupné sítě, je zřejmé, že je opět v popředí zájmu podporovat rozvoj sítě akutní lůžkové péče oproti chronicky nemocným a geriatrickým klientům.

V důvodové zprávě k nařízení vlády se kromě jiného uvádí, že tato navrhovaná dostupnost vychází z reálných možností systému veřejného zdravotního pojištění v ČR a reflektuje skutečnost, že stávající síť smluvních zdravotnických zařízení v zásadě pokrývá reálné potřeby zdravotní péče v České republice. V důvodové zprávě se uvádí, že návrh chce odstranit disproporce v zajištění zdravotní péče v jednotlivých regionech a byl konzultován v rámci připomínkového řízení s odbornými společnostmi, pojišťovnami a poskytovateli zdravotnických služeb (Nařízení č. 2/2012 vlády České republiky o místní a časové dostupnosti zdravotní péče). Otázkou zůstává, zda bude opravdu zajištěna optimální síť zdravotnických služeb na specializovaných pracovištích v rámci jednotlivých regionů, tak aby byl zachován spravedlivý přístup ke zdraví.

Zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů ze dne 19. září 2007, který byl schválen Parlamentem České republiky, nabyl účinnosti 1. ledna 2008. Tento zákon byl vydán jako první reformní, kdy předmětem této právní úpravy byla stabilizace veřejných rozpočtů ve zdravotnickém systému. Bývalý ministr zdravotnictví Tomáš Julínek uvádí, že tato reforma zdravotnictví není pouze o regulačních poplatcích, ale je i reformou pro budoucnost na odvrácení kolapsu financování zdravotnického systému (o tomto zákoně bude pojednávat další kapitola).

5. Regulační poplatky ze zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů

Vzhledem k tomu, že regulační poplatky byly předmětem mnoha dlouhodobých diskusí a zájmu médií i veřejnosti, věnuji jim v následujícím textu zvláštní pozornost. Osobně se však domnívám, že se jednalo o problém do značné míry zástupný, a to jak ze strany předkladatele, tak oponentů. Ve spektru všech problémů zdravotnictví se jedná o záležitost zcela okrajovou, avšak takovou, která na dlouhou dobu odpoutala pozornost od řešení nejdůležitějších problémů zdravotnického systému.

5.2. Ústavní soud České republiky a diskuse nad zákonem č. 261/2007 Sb.

Návrh k Ústavnímu soudu zaslala nejdříve skupina poslanců Parlamentu České republiky, 67 poslanců zastoupených Michalem Haškem (dne 22. 10. 2007), dále skupina poslanců Parlamentu České republiky, 43 poslanců zastoupených Vojtěchem Filipem, a skupina senátorů Parlamentu České republiky, 19 senátorů zastoupených Kateřinou Šimáčkovou. Poslanci a senátoři se domáhali zrušení zákona č. 261/2007 Sb. dle Ústavy ČR dle čl. 87 odst. 1 písm. a) a dle § 64 odst. 1 písm. b) zákona č. 182/1993 o Ústavním soudu. Ústavní soud přibral skupinu poslanců zastoupených Vojtěchem Filipem a skupinu senátorů zastoupených Kateřinou Šimáčkovou jako vedlejší účastníky, kteří mají stejná práva a povinnosti jako skupina navrhovatelů zastoupená Michalem Haškem (Text nálezu ve věci PI ÚS 1/08, s. 2). Hlavní argumentace navrhovatelů a vedlejších účastníků byla shodná. Zákon dle jejich stížnosti byl přijat neústavním způsobem a dostal se do rozporu s ústavním pořádkem naší země, kdy byl porušen princip dělby moci a demokratičnosti. Došlo k propojení mnoha novel různých zákonů, které spolu nesouvisejí a byla tím porušena tvorba souladného, předvídatelného a přehledného práva. Zákon byl přijat v rozporu s legislativním procesem a pozměňovací návrhy nebyly řádně projednávány ve výborech Poslanecké sněmovny. Předseda vlády měnil pozměňovací návrhy několik dnů před závěrečným hlasováním a poslanci neměli reálnou možnost prostudovat právní úpravy navrhovaného zákona. Senát byl ovládán politickou většinou (Občanskou demokratickou stranou České republiky) a vyjádřil nevůli se zákonem zabývat ve své rozpravě. Navrhovatelé a vedlejší účastníci nesouhlasili s regulačními poplatky, které jsou v rozporu s mezinárodními dokumenty. Poukázali na čl. 31 Listiny práv a svobod, na Mezinárodní pakt

o hospodářských, sociálních a kulturních právech (čl. 120/1976 Sb.), na článek Evropské sociální charty (č. 14/200 Sb.) a na Úmluvu mezinárodní organizace práce o minimální normě sociálního zabezpečení (č. 461/1991 Sb.). (Text nálezů ve věci PI ÚS 1/08, s. 11) Nejzávažnějším argumentem bylo porušení čl. 31 Listiny základních práv a svobod, kdy je nejzákladnější a neodkladná péče zajištěna bezplatnou formou veřejného zdravotního pojištění a byla tedy dotčena sociální práva vyjmenovaných přijatých mezinárodních dokumentů. Regulační poplatky dle návrhů měly záměrně odrazovat od přístupu k zdravotní péči. (Text nálezů ve věci PI ÚS 1/08, s. 11)

5.2.1. Vyjádření Ústavního soudu České republiky

Ústavní soud projednával, zda napadená právní úprava nezasahuje do některých práv chráněných Listinou. V oblasti sociálních práv rozhodl, že podle čl. 5 Ústavy je politický systém založen na svobodném a dobrovolném vzniku a volné soutěži politických stran, které respektují základní demokratické principy. Chtějí-li zákonodárci realizovat sociální práva zakotvená v Listině, která jsou závislá na možnostech státního rozpočtu, musí využít pro tyto účely politickou soutěž, neboť je tato oblast v pravomoci zákonodárce. Ústavní soud dále přistoupil k posuzování ústavnosti či neústavnosti garantovaných sociálních práv a došel k názoru, že schválený zákon neporušuje sociální práva občanů. Mezi dalšími posuzovanými argumenty návrhů bylo dle Listiny, čl. 31 právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči, kdy Ústavní soud shledal, že regulační poplatky nemají charakter „rdousícího afektu“ a nečiní reálnou možnost nedostupnosti zdravotní péče. Regulační poplatky prohlubují solidaritu mezi těmi, kdo péči potřebují a na druhé straně stojí ten, kdo péči v požadovaném rozsahu nepotřebuje. Soud odmítl tvrzení návrhů, že se bezplatná péče proměnila na placenou péči. Svůj názor dokládá nálezem rozhodnutím ze dne 4. 6. 2003 (Pl. ÚS 14/02), kdy vyslovil, že „*zákaz přímé úhrady se tedy týká především samotného výkonu bezplatné zdravotní péče*“. Dále bylo rozhodnuto, že nevybírání regulačních poplatků může být sankcionováno pojišťovnou, neboť zdravotnické zařízení není nositelem práv, tím je pouze občan (Text nálezů ve věci PI ÚS 1/08, s. 28–29). Závěrem lze shrnout, že Ústavní soud neměl důvod zrušit napadený zákon a svým rozhodnutím návrh na zrušení zákona dne 20. 5. 2008 o stabilizaci veřejných rozpočtů zamítl. (Text nálezů ve věci PI ÚS 1/08, s. 33–34). Vojtěch Krebs a kol. k problematice vyjádření Ústavního soudu k regulačním poplatkům uvádí: „*Nález Ústavního soudu však řeší pouze otázku solidarity, regulace přístupu k solidárním zdrojům a souladu nastavené praxe s obecnou formulací*

Listiny základních práv a svobod. Zavedená spoluúčast navíc ve stávající podobě mu z individuálního pohledu dostatečný užitek nepřináší, jen zvyšují jeho náklady a teoreticky racionalizuje fungování systému, což ovšem z hlediska pacientova užitku není příliš významné.“ (Krebs a kol, 2009, s. 123)

5.3. Politický boj o regulační poplatky v roce 2008 a 2009

Regulační poplatky (dále jen poplatky), které jsou součástí zákona 271/2007 Sb., se staly hlavním tématem na politické scéně v České republice. Než došlo k vyjádření Ústavního soudu k případnému zrušení zákona, proběhly v parlamentu mnohé diskuse na toto téma. V březnu předložila návrh Křesťanská demokratická unie – Česká strana lidová (dále jen KDU-ČSL) na zrušení regulačních poplatků u novorozenců a poslanci České strany sociální demokracie (dále jen ČSSD) se pokusili prosadit návrh na zrušení poplatků. Oba návrhy byly zamítnuty v prvním čtení. V dubnu roku 2008 vláda schválila „balík reformních zákonů“ předložený Ministerstvem zdravotnictví a zamítla návrh poslanců KDU-ČSL na zrušení poplatků u novorozenců (Pavlíková, 2009). V květnu v roce 2008 poslanci ČSSD a Komunistické strany Čech a Moravy (dále jen KSČM) opět podali návrh sněmovně na zrušení regulačních poplatků a Ústavní soud vydal zamítavé stanovisko navrhovatelů o zrušení zákona č. 261/2007 Sb. V červnu roku 2008 byl schválen návrh poslankyně Michaely Šojdrové, který osvobozuje od poplatků novorozence, pacienty, kteří jsou umístěni v léčebně na základě nařízení soudu a za lékařské vyšetření u dárce orgánů. Tato novelizace zákona byla schválena Parlamentem České republiky, senátem a prezidentem České republiky (srpen 2008).

V říjnu 2008 proběhly krajské volby, kdy s drtivou převahou vyhrála ČSSD, která v předvolební kampani slibovala kromě jiného i zrušení regulačních poplatků. Svoje sliby začala naplňovat ve svých krajských zdravotnických zařízeních, kdy regulační poplatky začala hradit svým klientům formou daru z rozpočtu kraje, avšak nejednotným postupem, v každém kraji jiným systémem. V říjnu 2008 opět podali poslanci ČSSD návrh do Sněmovny na zrušení regulačních poplatků. Tento návrh byl v prosinci schválen dolní komorou a putoval do horní komory Parlamentu České republiky, která návrh v lednu 2009 po svém projednání opět vrátila poslancům dolní komory s některými právními úpravami.

Od 1. 4. 2009 se změnila některá ustavení zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a zákona č. 59/2009 Sb. Tento novelizovaný zákon upravil regulační poplatky u některých skupin

obyvatelstva. Děti do 18 let jsou osvobozeny od poplatků u pediatra, praktického lékaře, ambulantního specialisty a zubního lékaře a za návštěvní službu. Seniorům nad 65 let a dětem do 18 let klesá ochranný limit z 5 000 Kč na 2 500 Kč. U dětí se započítávají do ochranného limitu poplatky ve výši třiceti korun za návštěvu psychologa a logopeda, položka na receptu a výše doplatku za nejlevnější lék na trhu. U seniorů nad 65 let se do ochranného limitu ještě připočítává návštěva praktického lékaře, zubaře, ambulantního specialisty a návštěvní služba. (Informační portál Ministerstva zdravotnictví České republiky)

Ve sněmovně prošly hlasováním opozičních poslanců dne 15. 5. 2009 dva návrhy na zrušení regulačních poplatků. Poslanci ČSSD navrhli zrušit poplatky pro děti a mladistvé do 19 let, dárce kostní dřeně, sociálně slabé a seniory. Návrh KSČM měl zrušit poplatky pro všechny věkové skupiny obyvatelstva. Oba návrhy posoudil Senát České republiky. To, že prošly oba návrhy, je prý taktika Davida Ratha, neboť dle jeho vyjádření má tak alespoň jeden návrh šanci na přijetí po zpětném vrácení Senátem. (Zdravotnické noviny, publikováno dne 15. 5. 2009) Senátoři posuzovali oba návrhy na zrušení poplatků, které však sjednotili a přidali paragraf, který obsahuje protikrizová opatření. Dolní komora Parlamentu České republiky posuzovala senátní návrh, který jak uvedl předseda senátu Přemysl Sobotka, zabraňuje ústavnímu chaosu. (Havlígerová, J., 2009)

5.4. Veřejné diskuse k regulačním poplatkům

Prezident České lékařské komory (dále jen komora) Milan Kubek vyzval ve svém dopise hejtmany krajů, aby již neplatily regulační poplatky za klienty svých zdravotnických zařízení, neboť přijatá novela zákona 261/2007 Sb. od 1. 4. 2009 je kompromisem a je v souladu s evropskou tradicí solidárního financování. Milan Kubek dále uvádí, že dotování regulačních poplatků kraji podporuje chaos, který tím vzniká ve zdravotnictví. Komora nemůže sama zasáhnout do systému dotování poplatků ze stran krajů, ale připravila na svém serveru vzorovou žalobu, kterou nabízí k využití soukromým lékařům a zdravotnickým zařízením, jež nejsou řízeny krajem, aby se obrátili s žalobou na Evropskou komisi. Kraje i po vyjádření Ústavního soudu o zamítnutí zrušení zákona 261/2007 Sb. dále platí za své klienty regulační poplatky formou daru. V době hospodářské krize jsou krajské rozpočty velmi napjaté a musí se šetřit, přesto zástupci ČSSD obchází zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů. Zdravotní pojišťovny mohou ze zákona udělovat sankce za nevybírání regulačních poplatků. (Šverdík, 2009) Ve Zlínském kraji byla situace s úhradou regulačních poplatků

nejspecifičtější. Za klienty svých zdravotnických zařízení hradili pouze mladistvým do 18 let a seniorům nad 70 let návštěvu ambulance a hospitalizaci. V lékárnách neposkytuje kraj svým klientům dary, neboť zastupitelstvo neodsouhlasilo úhradu formou daru všem věkovým skupinám. (Zdravotnické noviny, 2009)²⁶

Poslanec a hejtman David Rath řešil situaci v obcházení zákona hrozbou pojišťovnám udělováním pokutu, že po vítězství ČSSD v předčasných říjnových volbách dojde k jejich zrušení (Zdravotnické noviny, 2009). Některé ústavní lékárny řešily situaci s poplatky tak, že začaly klientům nabízet ve svých lékárnách „slevové kupony“. Grémium majitelů lékáren podalo v dubnu 2009 žaloby na Středočeský a Moravskoslezský kraj za porušování zákona s argumentem, že nevybírání regulačních poplatků je nekalá soutěž. Dále Grémium pořádá po celé republice kampaň pro soukromé lékárny s návodem, jak se mají bránit vůči nekalé soutěži (Zdravotnické noviny, 2009). V dubnu 2009 vydal Městský soud v Praze předběžné opatření, kterým zakázal hradit poplatky v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a. s.

V květnu 2009 se opozičním politikům podařilo schválit ve Sněmovně dva návrhy na zrušení poplatků, které putovaly do Senátu. Názory na zrušení poplatků dolní komorou byly rozporuplné, opoziční poslanci se radovali, ale zdravotnická zařízení, která nejsou řízena kraji, nesouhlasila se zrušením poplatků. Například dle vyjádření ředitele Nemocnice Jeseník přispěly poplatky na nákup nové dialyzační jednotky, zkrátily se objednací doby u specialistů a snížily se o 20 % návštěvy u lékaře. Ve Fakultní nemocnici v Brně se snížil o jednu třetinu počet pacientů na pohotovosti. Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové se z poplatků nakupovaly nové technologie a finančně náročné léky pro onkologicky nemocné. Zvýšily se i počty operativní výměny kyčelního kloubu: o jednu třetinu v roce 2008 oproti roku 2007 (Pokorný, 2009).

²⁶

Zdravotní pojišťovny mohly udělovat sankce a to i opakovaně za porušování zákona. Například Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance udělila jedné z jihomoravských nemocnic pokutu ve výši 15 tisíc korun a hejtman Jihomoravského kraje se vyjádřil, že jejich zdravotnické zařízení poplatky vybírají, ale klienti se mohou rozhodnout sami, zda dar přijmou nebo odmítnou. Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) a Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra také zahájily několik správních řízení se zdravotnickými zařízeními. V Ústeckém kraji společnost Krajská zdravotní řízené krajem udělila VZP pokutu ve výši 50 tis. Kč z důvodu soustavného a opakovaného porušování povinnosti vybírat poplatky za poskytnutou péči ve svých zařízeních. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra koncem dubna udělila Oblastním nemocnicím Středočeského kraje také pokuty za porušování zákona.

Z pohledu bývalé ministryně zdravotnictví Dany Juráskové se ve zdravotnickém systému ušetřilo 5 miliard korun, které se věnovaly na léčbu závažných onemocnění. V období hospodářské krize mohlo zrušení poplatků zapříčinit zhoršenou kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb. Politický boj o poplatky a neustálé obcházení zákona mohly vyvolat i reakce klientů navštěvujících zdravotnická zařízení, která nejsou řízena kraji.

Klienti dle průzkumu Mladé fronty Dnes dlužili velké částky za poplatky především za hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních. Zároveň jmenovaný deník oslovil padesát českých nemocnic s dotazy na dlužné částky od klientů. Dlužná částka činila v roce 2009 kolem 25 milionů korun. V každé nemocnici tak průměrně zůstal za dvanáct měsíců v rozpočtu půlmilionový dluh. V roce 2009 dlužilo pět klientů ze sta a v současné době dluží poplatky zdravotnickému zařízení každý dvanáctý klient. Tento jev může být důsledkem hospodářské recese v naší zemi, ale také chaotického uspořádání zdravotnického systému, kdy se vede neustálý politický boj o regulační poplatky a samotní zákonodárci se snaží tento zákon obcházet (Pokorný, 2009).

Na závěr této kapitoly je nutné uvést, že od 1. 12. 2011 nabyl účinnosti zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a dochází kromě jiného ke změně výše regulačního poplatku za jeden den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč (Portál ministerstva zdravotnictví). Otázkou tedy zůstává, zda zvýšení finanční spoluúčasti klienta v systému zdravotní péče mělo pozitivní vliv na snižování deficitního hospodaření zdravotních pojišťoven? Ovlivnily regulační poplatky přístup k zdravotní péči, snížily se počty návštěv ve zdravotnických zařízeních díky regulačním poplatkům? Zvýšila se deklarovaná kvalita zdravotnických služeb?

5.5. Regulační poplatky v roce 2011

Dnem 1. 12. 2011 nabyl účinnosti zákon č. 298/2011 Sb., kterým se změnil zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, kdy došlo mimo jiné ke změně výše regulačního poplatku za jeden den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění kromě jiných předpisů ukládá zdravotnickým zařízením povinnost vybírat regulační poplatky. Pokud poskytovatelé zdravotní péče poruší předpis (§ 16 a odstavec 9) může zdravotní pojišťovna uložit poskytovateli pokutu. V § 16 a zákoně 298/2011 Sb. se uvádí: „Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený

v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu do výše jednoho milionu korun.“ (zákon č. 369/2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění) Mezi dalšími změnami zákona je také úhrada za recept, kdy se mění povinnost platby klienta za jednotlivou předepsanou položku na receptu (à 30 Kč) na jednotnou úhradu 30 Kč za všechna předepsaná léčiva. V zákoně je tato změna v § 16a odst. 1 písmeno d), definována jako: „d) 30 Kč za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení.“

5.5.1. Ústavní soud České republiky a regulační poplatky v roce 2011

Zákon opět vyvolal u poslanců ČSSD značnou nevoli.²⁷ Vyberu ze stížnosti pouze statě týkajících se zvýšení regulačních poplatků za hospitalizaci v ústavních zdravotnických zařízeních. Poslanci jednájí jménem předsedy strany ČSSD Bohuslava Sobotky. Ve své stížnosti předkládají důvodovou zprávu k návrhu zákona ke zvýšení tohoto regulačního poplatku, v níž se uvádí: „Zvýšením regulačního poplatku za jeden den hospitalizace na výši 100 Kč by se jednalo o zvýšení příjmu zdravotnických zařízení v celkové výši cca 0,75 mld. Kč ročně. Navržená změna poskytuje pojištěncům na straně jedné motivaci k účelné spotřebě zdravotní péče, na straně druhé pak ochranu před vysokými náklady na zdravotní péči. Staví tak pojištěnce do středu systému, neboť regulační poplatky jsou plně v souladu jak s osobní zodpovědností, tak s principem solidarity v případě nemoci, která ohrožuje finanční situaci jednotlivce nebo rodiny. Zvýšení regulačního poplatku za jeden den hospitalizace by mělo vzhledem ke své regulační funkci vést ke snížení nákladů na poskytnutou zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních následné péče, např. v léčebnách dlouhodobě nemocných apod., a to zejména u pojištěnců, kteří jsou zde hospitalizováni, přičemž pobyt by mohl být realizován v zařízeních sociálních služeb. Případné stanovení limitů by popíralo smysl regulačního poplatku, protože po dovršení limitu by nic pojištěnce nemotivovalo k tomu, aby poskytovanou zdravotní péči nenadužíval.“ (Návrh na zrušení ustanovení § 11 odst. 1 písm.

²⁷

Dne 13. 12. 2011 skupina 51 poslanců podala stížnost k Ústavnímu soudu proti některým ustanovením zákona.

f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 8, § 16a odst. 1 písm. f), odst. 9 až 11, § 17 odst. 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13“, § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb., bod 44. S. 16). Ústavní soud zamítl žádost poslanců ČSSD na zrušení zákonné normy.

5.5.1.1. Diskuse k alokaci finančních prostředků ve zdravotnickém a sociálním systému

Zvýšení regulačního poplatku za den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč dle stížnosti poslanců ČSSD klade vyšší finanční zátěž na jedince nebo rodinu. V této souvislosti je nutné konstatovat, že někteří pacienti by nemuseli být hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních, ale současný sociální a zdravotní systém nemá systémově nastavené podmínky pro péči v domácím prostředí. V současném zdravotnickém systému převažuje akutní model péče a v malé míře je uplatňována aktivní rehabilitační, tedy druhá fáze léčení. Třetí fází by měla být péče dlouhodobá, která má charakter ošetrovatelské sociální péče. Převážná většina klientů dlouhodobé péče v domácím prostředí potřebuje podporu a pomoc zajišťované prostřednictvím pečovatelské služby, zdravotní péče (domácí zdravotní péče) a zapojení rodiny jako neformální péče rodinných příslušníků nebo osob blízkých.

Nesystémový přístup zdravotnického a sociálního systému mohou prokázat ze statistických dat alokace finančních zdrojů z veřejného zdravotního pojištění, kdy domácí zdravotní péče je dlouhodobě podfinancována (0,6 %) z celkových nákladů do jednotlivých segmentů zdravotní péče. Pečovatelská služba v rámci veřejných zdrojů má také omezené prostředky na svou činnost, neboť v minulosti byly podporovány spíše pobytové sociální služby a alokace finančních prostředků byla právě směřována do těchto institucí. Je ještě velmi důležité upozornit na systém financování sociální a zdravotní péče. Když je klient hospitalizován nebo ambulantně léčen, hradí se náklady na léčbu ze zdravotního pojištění a spoluúčast klienta je cca 17 % (Hejduk, 2011). V sociálním systému je hrazení této péče daleko složitější, klientova spoluúčast je 51 % z celkových nákladů na sociální služby (příspěvek na péči je cca 17 %), zdravotní pojišťovny, pokud se klient nachází v sociálních pobytových zařízeních, hradí zdravotní péči cca 4 % z veřejného zdravotního pojištění a z rozpočtů krajů, měst a obcí je úhrada cca 0 – 20 % celkových nákladů alokované kraji (Statistická ročenka MPSV, 2011, viz graf č. 1).

Otázkou zůstává, zda se klient dokáže orientovat v nabízených službách obou systémů a využije služby vždy dle svých zdravotních a sociálních služeb. Další otázkou je,

zda jsou služby v daném regionu srozumitelné a pro klientsky orientované na potřeby, nebo klient využije službu s nižší finanční spoluúčastí (zdravotnické zařízení).

Graf č. 1.: Základní zdroje financování služeb sociální péče



Zdroj: Statistická ročenka MPSV, 2011

Z uvedeného grafu je patrné, že majoritním zdrojem financování služeb sociální péče jsou úhrady od klientů. Cílem je financovat především služby sociální péče ze zdrojů klientů (včetně nepojistných dávek, příspěvek na péči) ve výši, která pokryje běžné provozní náklady poskytovatelů. Financování ze státního rozpočtu by mělo být v budoucnosti jen doplňkové a mělo by zabezpečovat kvalitativní rozvoj služeb nebo upravovat specifické rozdíly dané regionem či cílovou skupinou klientů. Změny ve zdravotnickém a sociálním systému musí do budoucna směřovat ke snižování nákladů a postupné transformaci obou systémů. Systémové změny já osobně vidím ve snižování akutní lůžkové péče ve prospěch podpory aktivní rehabilitační péče a dlouhodobé zdravotně sociální péče se zvýšenou alokací finančních zdrojů do těchto pečovatelských typů.

V sociálním systému bych navrhovala v souladu s odborníky rozvoj ambulantní a terénní sociální péče a nastavení systému dlouhodobé zdravotně sociální péče a to zejména v přirozeném prostředí klienta, v jeho domově. Domovy pro seniory bych doporučovala částečně transformovat na pobytová lůžka dlouhodobé zdravotně sociální péče.

5.6. Veřejná diskuse o zdravotnických službách

Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu České republiky, uskutečňuje pravidelné výzkumy zabývající se názory obyvatelstva na zdravotnický systém. V prosinci 2011 (kvótní výběr u 1060 obyvatel) byl uskutečněn výzkum, který se týkal navržených reformních kroků ve zdravotnických službách (rozdělení standardní a nadstandardní péče, ceny léků, regulační poplatky u lékaře, regulace sítě zdravotnických zařízení).

Výzkumná zpráva uvádí: *„U dalších opatření pak již převládají nesouhlasné odpovědi, ovšem u platby za stravu a lůžko při pobytu v nemocnici a platby za návštěvu specialisty, kterou nedoporučil praktický lékař, je nezanedbatelný podíl lidí, kteří tato opatření podporují (38 %, resp. 31 %).“* Dále se ve zprávě píše: *„Relativně vysoký souhlas veřejnosti (29 %) získalo i rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní. Výrazně převládající nesouhlas je patrný v případě připlacení za léky ve větší míře v závislosti na ceně léku, snížení počtu nemocničních lůžek a snížení počtu specializovaných pracovišť (75 % – 85 % nesouhlasných odpovědí).“* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2011, s. 2)

V souvislosti s regulačními poplatky u lékařů bylo zjištěno, že počet návštěv je determinován dle socioekonomického postavení obyvatel. Ve zprávě je uvedeno: *„U praktického lékaře během minulého roku například nebylo 22 % studentů, ale i 24 % zaměstnanců ve vedoucích funkcích a 20 % nezaměstnaných, naopak mezi důchodci takových bylo jen 9 %, mezi nekvalifikovanými dělníky 7 %.“* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2011, s. 4)

Dle zjištěných názorů obyvatel na určité segmenty zdravotnických služeb můžeme říci, že panuje negativní názor na zvyšování cen léků a snižování počtu lůžkového fondu ve zdravotnickém zařízení. S názorem na neustále se zvyšující ceny léků souhlasím, ale na snížení lůžkového fondu mám zcela odlišný názor. Z tohoto výsledku výzkumného šetření je patrné, že lidé nemají dostatečné informace o problematice zdravotnického systému v souvislosti s alokací finančních zdrojů a nutnosti změn transformace lůžkových kapacit ve prospěch například zdravotní péče o seniorskou populaci, rehabilitační péče a další důležité oblasti.

Sociologický ústav také pravidelně zjišťuje celkovou spokojenost obyvatel se zdravotnickým systémem v ČR od roku 2002. Ve zprávě se uvádí: *„Jsou podíly spokojených (34 %) a nespokojených (35 %) poměrně vyrovnané, i když nespokojenost je projevoována*

o něco silněji – rozhodně nespokojena je více než desetina populace, zatímco rozhodně spokojena pouze 3 %. Necelá třetina veřejnosti vyjadřuje v této otázce neutrální postoj ani spokojen, ani nespokojen.“ (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2011, s. 1) Ve zprávě o spokojenosti se zdravotnickým systémem se dále dozvíme: *„Spokojenost se zdravotním systémem projevují spíše mladší lidé než starší, se stoupajícím věkem se snižuje podíl spokojených a zvyšuje podíl nespokojených. Podobně občané hodnotící svůj zdravotní stav jako dobrý jsou se systémem zdravotnictví spokojenější, a u těch, kteří jej vidí jako špatný, se objevuje výrazně větší míra nemocnosti.* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2011, s. 2) Největší problémy jsou zjišťovány v oblasti financování veřejného zdravotnictví, kde čtyři pětiny respondentů (82 % občanů) vidí velmi velké problémy.

Mezi další oblasti zjišťování názorů patřila i oblast hospodaření s léky a fungování zdravotních pojišťoven. Většina respondentů (66 %) uvádí odpovědi typu *„Velmi velké problémy ve zdravotnickém systému“*. Dvě pětiny dotazovaných pak vidí velmi velké problémy v objemu a kvalitě poskytovaných služeb. V závěru zprávy z výzkumu se uvádí: *„Hodnocení míry problematičnosti vybraných oblastí českého zdravotnictví je tak nejvíce kritické za celé sledované období od roku 2006.“* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2011, s. 3)

Pokud srovnáme oba výzkumy zaměřené na zdravotnický systém, je zřejmé, že obyvatelé nemají pozitivní vztah k nastavenému systému zdravotní péče, vnímají také problematiku financování. Otázkou zůstává, zda tyto názory veřejnosti nezůstanou pouze konstatováním určitého faktu a budou použity pouze pro další sociologické výzkumy. Jak se uplatní názory veřejnosti při formování a stanovování priorit ve zdravotnickém systému, který by měl reagovat na zdravotní potřeby obyvatelstva?

Náš zdravotnický systém je založen na solidárním způsobu financování, tedy každý přispívá dle nastavených zákonných pravidel. Zdá se být z hlediska zapojení všech obyvatel do financování zdravotnictví spravedlivé, aby občan měl právo se účastnit plánování optimálního modelu zdravotních služeb. V této souvislosti se nabízí další otázka, zda občan opravdu může ovlivnit priority ve zdravotnickém systému. Na jakých úrovních (stát, kraj, město, obec) může občan aktivně vstupovat a ovlivňovat zdravotní politiku? Z etického hlediska si kladu otázku, zda není zdravotnický systém ovlivňován loby velkých farmaceutických firem, odbornými lékařskými společnostmi a politiky?

V této kapitole jsem se věnovala současnému zdravotnickému a sociálnímu systému, které se vzájemně prolínají v péči o klienta z hlediska zdravotně sociální péče a opírají se

o současnou právní legislativu a mezinárodní úmluvy. Pro pochopení současného nastavení zdravotního a sociálního systému je nutné se podívat do historie formování obou systémů a diskutovat solidaritu (zdravý x nemocný, chudý x bohatý) a alokaci finančních zdrojů.

6. Historický vývoj zdravotnického systému

Zdravotnický systém je jeden z nejstarších systémů v historii a je zastoupen třemi stranami. První stranou jsou pacienti neboli spotřebitelé péče a na straně druhé poskytovatelé zdravotní péče. Poskytovatelé jsou zdravotničtí pracovníci ve všech profesích a zdravotnická zařízení zajišťující celé spektrum péče. Třetí stranou jsou plátcí zdravotní péče, kteří tuto zdravotní péči financují, tedy státní rozpočet, zdravotní pojišťovny, soukromé osoby, zaměstnavatelé, zákonné či soukromé fondy. (Křížová, 1998) V moderním pojetí zdravotnictví jako společenského systému se musíme zabývat otázkami, jako je samotné zdraví jedince, dostupnost zdrojů, ochrana a prevence před nemocí, ale také sociální postavení člověka. Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí: *„Péče o zdraví představuje v moderní společnosti komplexní sociální systém, v rámci kterého jsou poskytovány zdravotnické služby, zajišťována ochrana zdraví občanů a prevence vzniku nemocí.“* (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 82) Posilováním a podporou zdraví se zabývá také Ottawská charta: *„Zdraví je pozitivní pojem umocňující sociální a osobní možnosti jedince i jeho fyzickou výkonnost.“* (Holčík, 2009, s. 107)

Podmínkou zdravé společnosti je i nastavení priorit zdravotní politiky státu, která by měla pružně reagovat na změny zdravotních potřeb obyvatelstva. K této problematice nastavení zdravotnického systému Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí, že: *„Hledání této dynamické rovnováhy tvoří obsah zdravotní politiky státu a je důvodem veškerých reformních snah...“* (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 83). Problematickou správného nastavení zdravotní politiky se ve svém profesním životě dlouhodobě zabývá Jan Holčík, který říká: *„Zdravotní politika nespočívá jen v aktivitách ministerstev, ale v tom, jak všechny úrovně řízení a rodiny a jednotliví občané projeví zájem o zdraví a jakou část odpovědnosti za zdraví dokážou unést.“* (Holčík, 2008, s. 6)

Je patrné, že na formování zdravotní politiky státu by se měla účastnit nejenom odborná, ale také laická veřejnost. Laická veřejnost, tedy samotní občané, mají odpovědnost za své zdraví, spočívající zejména ve znalosti správného životního stylu a možnosti sám ovlivnit své zdraví. Nabízí se otázka, jak může sám jedinec své zdraví ovlivnit? Tento aspekt úzce souvisí se zdravotní gramotností a výchovou ke zdravému životnímu stylu života. Jan

Holčík rozděluje zdravotní výchovu do tří oblastí. První z nich zahrnuje edukaci pacientů ve zdravotnických zařízeních. Edukační činnost je prováděna zdravotnickými pracovníky a to poskytováním informací na různých úrovních (např. užívání léků, pokyny předoperační a pooperační péče a další). Mezi edukační činnost také patří snaha ovlivňovat chování lidí, ale tato výchovná činnost je úzce spjata se zdravotní gramotností jedince.

Další částí výchovy obyvatelstva je varování a ochrana před vlivy ohrožujícími zdraví, kde jsou známé rizikové faktory.

Třetí a nejdůležitější je výchova ke zdraví na mezirezortní úrovni, kdy jsou jednotlivé aktivity výchovy aplikovány do vzdělávacích modulů na základních, středních a vysokých školách. Jan Holčík píše: „*Výchova je pro zdraví lidí nepostradatelná. Zdaleka nejde jen o běžnou zdravotnickou problematiku. Výchova k respektování, hájení i rozvoji základních humánních hodnot je nezbytnou součástí formování osobnosti svěbytných a odpovědných občanů, kteří pochopí hodnotu zdraví a dokážou zdraví chránit i rozvíjet.*“ (Holčík, 2008, s. 7)

Úloha státu ve formování zdravotnického systému závisí ve velké míře na tom, jak se jeho občané umí orientovat v systému, kde a jak získávají potřebné informace. Nejde jen o dostupnost samotné zdravotní péče, ale také jak člověk sám může ovlivňovat způsob života vedoucí ke zdraví. Jan Holčík uvádí: „*Investice do zdravotního systému by v tomto kontextu měly směřovat zejména do podpory zdraví a zdravotní výchovy.*“ (Holčík, 2009, s. 20) Zdravotní gramotnost obyvatelstva je důležitou součástí společnosti, a dle Holčíka ji lze popsat následovně: „*Zdravotní gramotnost, podobně jako zdraví a péče o zdraví, je komplexní pojem zahrnující složité sociálně podmíněný přístup k informacím, jejich utřídění a pochopení i jejich uvážlivé využití v kontextu každodenního života.*“ (Holčík, 2009, s. 19) Přeneseme-li tuto definici do praktického života, znamená to, že pokud bude člověk vzděláván v problematice péče o své zdraví a bude znát rizikové faktory, které ovlivňují jeho styl života, může se aktivně podílet na rozvoji a udržování svého zdraví.

Světová zdravotnická organizace reagovala na mezinárodní konferenci v Alma-Atě a vytvořila strategii Zdraví pro všechny v 21. století, která rozpracovává jednotlivé strategické cíle vedoucí ke zdravému rozvoji, ochraně zdraví a snižování zdravotních rizik v Evropském regionu. Proč právě tento dokument pro Evropský region? V jeho textu se dočteme: „*Během posledních desetiletí vzrostl počet členských států z 31 na 51, a tím se zvětšil i rozsah problémů. Trvalé nesnáze spojené s bídou a nezaměstnaností prohlubují společenskou nerovnost a v mnoha zemích vyvolávají snížení kvality života, růst násilí a oslabení sociální soudržnosti.*“ (Zdraví 21, 2001, s. 13)

V tomto dokumentu je podrobně zpracována tematika zdravého způsobu života v kapitole 5 (Společné zdravotní strategie více odvětví), determinanty zdraví, které ovlivňují život člověka, a jejich strategie řešení. Problematika zdravotní výchovy obyvatelstva ke zdravému způsobu života má být nedílnou součástí nastavení zdravotní politiky státu a účelné alokace finančních zdrojů v rámci zdravotnického systému.

6.2. Rozvoj solidárního systému

Vývojem zdravotnického systému budu sledovat linii solidarity chudých ve vztahu k bohatým, zdravých vůči nemocným a jak byly alokovány finanční prostředky do rozvoje zdravotních služeb vzhledem ke zmíněné solidaritě.

Současný zdravotnický systém je determinován historickým vývojem, kdy se po dlouhá staletí jednotliví lékaři a jejich různí řemeslní předchůdci starali o nemocné. Pro ilustraci uvedu řemeslo lazebníka, který vykonával své povolání v lázních, holil, sázel baňky, pouštěl žilou krev, obvazoval vředy a rány. Znakem lazebníků byl vyvěšený bílý šátek, později bílé misky. Bradýři (později chirurgové) se zabývali zprvu holením, brzy ale i obvazováním ran. Tato řemesla se vyvíjela ve 12. a 13. století. (neznámý autor)

„Lékař Hippokratovy doby byl odborně školený řemeslník, nabízející své služby putováním od obce k obci, nebo byl usazený ve větším městě, kde měl svou ‚dílnu‘ – iatreion. Každý svobodný občan se mohl prohlásit za lékaře, legitimizován byl jen svou dobrou pověstí.“ (Holčík, 1994, s. 10) „Lékařská zdravotní péče byla až do osvícenského rozvoje přírodních věd a tím i medicínského poznání záležitostí ambulantní, navíc probíhající převážně v domácnostech pacientů. Jen výjimečně přicházeli lékaři do špitálů, které plnily funkci sociálně-ošetrovatelskou. Špitály byly převážně malé, místní, pro několik a měly azylový charakter – nerozlišovaly sociální situaci od nemoci. Ta ostatně byla nahlížena funkčně, nikoli nosologicky – důležité nebylo, jaká nemoc klienta postihla, vesměs stejně nepřicházelo v úvahu kauzální léčení, ale jak moc klient ‚nemůže‘.“

V souvislosti se vznikem novodobé medicíny a celoevropské reformy zdravotnických systémů byly zakládány všeobecné nemocnice nového typu orientované na léčení, nikoli na azylovou pomoc. Osvícenské nemocnice měly sloužit výhradně pacientům s akutním onemocněním. Dokladem je výnos českého gubernia k otevření pražské Všeobecné nemocnice: *„Z ošetřování jsou vyňati jen ti, kteří jsouce stíženi dlouhotrvajícími a nezhojitelnými nemocemi, jsou vhodní právě proto k přijetí do chorobince.“* (Kalvach, 2004, s. 492) Kromě chorobinců vznikaly v 18. století i starobince, chudobince či nalezince.

Současný stav oddělení sociální a zdravotní péče je tedy důsledkem rozvoje, snahy o efektivitu, pozitivního vývoje medicíny a podstatně souvisí s rozdělením péče na akutní a následnou a se vzrůstem specializace (byrokratizace) a ekonomizace zdravotní péče.²⁸ Lékař ošetřoval pacienta v jeho domácím prostředí. Vztah lékaře a pacienta se dle Heleny Haškovcové historicky vyvíjel: „*Po dlouhá staletí se vytvářela role lékaře, právě tak role pacienta. Výsledkem spleteného procesu je ustálený a u nás dominantní model praktického paternalismu lékařů vůči nemocným.*“ (Haškovcová, 2002, s. 61) Paternalismus vysvětluje Helena Haškovcová následovně: „*Paternalistický (pater = otec), tedy otcovský, přeneseně rodičovský. Jeho praktická podoba vyhovovala oběma zúčastněným stranám, tedy jak lékařům, tak pacientům a jejich rodinám, a nebylo třeba ji měnit.*“ (Haškovcová, 2007, s. 12) Lékař ošetřoval pacienty za přímou úhradu, ale také za naturální odměnu, kterou bývaly potraviny. Dle Křížové často lékař chudší pacienty léčil zdarma a peněžní odměnu požadoval od bohatších vrstev obyvatelstva (Křížová, 1998). Ti, kteří neměli peníze, byli odkázáni na charitativní pomoc, která byla dle Haškovcové založena na principu dobročinnosti a lidumilnosti (Haškovcová, 1994). V období druhé poloviny 18. a počátkem 19. století se řešily otázky chudoby, dětské práce a znečištění prostředí ve společnosti. V této době byl v některých evropských feudálních monarchiích vytvořen první systém státní zdravotní správy – zdravotní policie, která byla označována jako státní medicína. Tento koncept vznikl jako reakce jednak na potřeby armády – mít silné a zdravé muže–, a jednak poptávky vznikajících manufaktur po zdravé pracovní síle.

„Historie moderního ošetrovatelství je spojená se jménem Angličanky Florence Nightingalové, která žila v letech 1820–1910, autorky legendární Knihy o ošetrování nemocných, která vyšla česky v roce 1874. V roce 1874 také byla otevřena na území

²⁸ „Závažný je mýtus o oddělitelnosti zdravotních a sociálních služeb u osob se závažnou disabilitou, s křehkostí či se závislostí. Kromě jiného vede i k mýtu o neměnnosti tradičního pojetí a uspořádání služeb a institucí, které je zajišťují, např. léčeben pro dlouhodobě nemocné (LDN) a domovů důchodců (DD). Přitom dnes v ČR 1) podstatná část obyvatel DD je k pobytu v DD kontraindikována svým zdravotním stavem, 2) obyvatelé DD (a také penzionů a domů s pečovatelskou službou – DPS) stárnou, jejich funkční stav se zhoršuje, ale ošetrovatelská péče i osobní asistence z nich spíše mizí, což vede k přibývání nežádoucích překladů mezi DD, nemocnicí a LDN, 3) podstatná část pacientů LDN je k pobytu v LDN dle šetření zdravotních pojišťoven kontraindikována – jejich pobyt je chápán jako sociální azyl, 4) do LDN jsou masivně překládáni pacienti k terminální péči na konci života (end-of-life care – EOL) bez vytvoření ekonomických i provozních podmínek pro kultivovanou paliativní péči – jde o diskriminační laciné umírání...“ (Kalvach, in MPSV, 2006, str. 81-82)

Rakouska-Uherska první zdravotnická škola, a to Česká ošetrovatelská škola. Tradiční opatrovnická činnost se jen pozvolna měnila v činnost ošetrovatelskou, podloženou odbornými znalostmi a dovednostmi. Sledovat dramatickou historii ošetrovatelství je mimořádně zajímavé, ale my dodejme, že skutečně odborná ošetrovatelská škola byla založena v Praze až v roce 1916. Umírajícím nebyla věnována z hlediska odborného ošetrovatelství dlouhou dobu speciální pozornost.“ (Haškovcová, 2007, s. 30)

První koncepci zdravotní policie zpracoval Johann Peter Frank (1745–1821), který je pokládán za zakladatele veřejného zdravotnictví a zdravotních služeb. Koncept je založený na pracující státní zdravotní policejní správě. Tento státní aparát měl chránit svými rozumnými záměry a zákony poslušné poddané obyvatelstvo, které se muselo pasivně podrobit těmto zákonům, jinak byly proti němu uplatňovány velmi přísné zdravotně policejní represe. Johann Peter Frank ve své koncepci rozebíral faktory, jak příroda a společnost může působit na lidské zdraví. Zdravotní policie upravovala všechny stránky života lidí a měla vést k dosažení blaha ve společnosti s nutným vrchním dozorem.

Další důležitý mezník vývoje zdravotnického systému je spojen s osobním lékařem císařovny Marie Terezie Gerardem van Swietenem.²⁹ Reformy zdravotně policejního charakteru v druhé polovině 18. století, byly provedeny v rakouské monarchii za vlády Marie Terezie a Josefa II. Mezi nejdůležitější zákony zabývající se zdravotní péčí je Generální zdravotní řád pro Království České, Moravu a Slezsko. Podle řádu byly vybudovány orgány státní zdravotní správy s kompetencemi a pravomocemi. V čele státní zdravotní správy stál říšský protomedik a byly ustanoveny zemské zdravotní oddělení řízené zemským protomedikem. Hlavním poradním v péči o zdraví se stala Pražská lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

Zdravotní řád dále stanovil povinnosti a kompetence všem zdravotnickým pracovníkům (praktikující lékaři, chirurgové, porodní báby). Elterlein a kol. uvádějí: „Budování státní správy bylo také podmíněno reformami ve výuce lékařů a ostatních

²⁹ Gerard van Swieten[®] (1700–1772) byl tvůrcem a organizátorem nových reforem ve zdravotnictví v habsburských zemích. Autorka diplomové práce Novotná uvádí, že: „Začala se formovat jasná a konkrétní pravidla pro zdravotnické pracovníky. Císařovna Marie Terezie předepsala prostřednictvím Generálního medicínského řádu pro Moravu (patent z roku 1752), pro Čechy o rok později, pevná pravidla pro veškerý lékařský personál od lazebníků, ranhojičů, okulistů až po lamače a řezače močových kamenů. Téhož roku byl zemským lékařům udělen titul „krajský lékař“ nebo „fyzik“. Roku 1753 začala nad celou habsburskou monarchií a jejími zdravotnickými záležitostmi dohlížet dvorská zdravotní deputace.“ (Novotná, 2007, s. 32)

zdravotnických pracovníků, kdy od konce 40. let 18. století byly univerzity podřízeny státní moci a profesori se stali státními zaměstnanci. Zkvalitnila se výuka mediků na lékařských fakultách také tím, že do výuky byly zařazeny teoretické předměty přírodních věd a teoretických oborů medicíny. Velmi důležitým mezníkem formování zdravotnictví v 80. letech 18. století bylo zakládání veřejných nemocnic, psychiatrických ústavů, chorobinců a porodnic.“ (Elterlein I. a kol., 1984, s. 32)

6.2.1. Významné mezníky vzniku zdravotnického systému v Rakousku-Uhersku

Pro dějiny českého zdravotnictví má velký význam založení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze v roce 1780, jejímž hlavním posláním bylo léčení a ošetřování nemocných. Václav Kotek a Ladislav Nyklíček uvádějí: *„Všeobecná nemocnice je určena k ošetřování nemocných mužského a ženského pohlaví. Z toho jsou vyňati ti, kteří jsouceti stíženi dlouhotrvajícími a nezhojitelnými nemocemi, jsou vhodní právě proto k přijetí do chorobince.*“ (Elterlein I, 1984, in Kotek, Nyklíček s. 33) Nastavený komplex státních opatření však nemohl zásadním způsobem ovlivnit špatný zdravotní stav obyvatelstva, které trpělo epidemiemi tyfu, neštovic a cholery.

Nově vzniklá vrstva chudých dělníků pracujících v továrnách v tomto období se potýkala se špatnými životními podmínkami, měli nízký sociální status, kvůli dlouhé pracovní době, malým mzdám a velmi vysoké nemocnosti. Dále autoři píší: *„Státní zdravotní správa na nově vznikající problémy adekvátně nereagovala. Pouze v pojetí ústavní péče docházelo k významnému přesunu. Povinnost budovat nemocnice, chorobince a další zdravotnická zařízení přenášel stát na města.*“ (Elterlein I, 1984, in Nyklíček, Kotek s. 33)

Tyto subjekty měly za povinnost zřizovat městské, obecní nemocnice a chorobince. V tomto období byl nejzávažnější problém v dostupnosti lékařské péče, kdy na jednoho kvalifikovaného lékaře připadlo asi 7 tisíc obyvatel. Na vesnicích se spíše uplatňovala svépomocná péče zabezpečená mastičkáři a ranhojiči.

K zásadnímu obratu došlo v období revoluce v první polovině 19. století (1848 – 1849), kdy se poprvé objevovaly diskuse o veřejném zdravotnictví a zřízení samostatného ministerstva zdravotnictví.

Státní zdravotně policejní systém procházel změnami, které byly zapříčiněny vysokou kojeneckou úmrtností, různými epidemiemi a špatnými sociálními podmínkami obyvatelstva. Rakousko-uherská monarchie přidělila otázky zdravotní péče ministerstvu vnitra a vydala zákon o organizaci veřejného zdravotnictví. Ministerstvo vnitra rozdělilo

jednotlivá území v monarchii na okresní hejtmanství, což v praxi znamenalo přenesení odpovědnosti za výkon veřejné zdravotní služby na samosprávné orgány. Při ministerstvu vnitra vznikl poradní orgán – zdravotní rada – a byl jmenován císařem jako referent zdravotnických záležitostí. V hejtmanstvích vznikly samostatné zdravotní orgány zeměpanští okresní lékaři, podřízené okresnímu hejtmanovi, do jejichž kompetencí patřila zejména evidence a kontrola práce všech zdravotníků, vrchní dozor nad nemocnicemi, léčebnými ústavami a lékárnami (Elterlein I, 1984). Od Hany Janečkové a Heleny Hnilicové se dozvídáme: „*Stát si v průběhu 19. století vymezil svou roli ve veřejném zdravotnictví i v Rakousku-Uhersku. V roce 1870 byl přijat říšský zákon č. 68, jímž si stát vyhradil vrchní dozor nad léčebnými ústavami, ale také nad orgány zdravotní služby (lékaři, lékárníky, porodními bábami, veterináři), pohřebnictvím, potíráním epidemií, nad plněním zákona a očkováním atd.*“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 20)

O prvních náznacích dostupnosti zdravotní péče můžeme hovořit koncem 19. st., kdy zemský zdravotní rada pro Království české stanovil, že každá obec s více než 6000 obyvateli má mít jednoho obecního lékaře. Pokud obec měla méně obyvatel, bylo zákonem ustanovené sdružování jednotlivých obcí do zdravotních obvodů. Solidarita zdravých a nemocných, chudých a bohatých se v tomto období projevovala ustanovením provizorního obecního zákona z roku 1849. Jaroslav Čáp uvádí, že zákon „*ukládal obcím pečovat o chudé a případně zřizovat dobročinné ústavy*“. (Čáp, 2011, s. 9) V roce 1859 byl provizorní obecní zákon převzat do rámcového obecního zákona, který svou podstatou aplikoval domovské právo. Dále k tomu Jaroslav Čáp uvádí: „*Tehdy se prosazovala zásada, že veřejná chudinská péče má být vázána na domovskou obec a spjata s domovským právem. Tato myšlenka byla následovně realizována vydáním zákona o domovském právu z 3. prosince 1863 (č. 105 ř. z.) a poté vydáním tzv. chudinského zákona (v příčině opatrování chudých) z 3. prosince 1868 (č. 59 z. Z.)*“. (Čáp, 2011, s. 9)³⁰

Po ustanovení prvního Československého státu uvádí Jaroslav Čáp následující: „*Byl za chudého považován každý občan, který je domovským příslušníkem obce a který nemá, ať*

30

Zákon dával obci povinnost zajistit péči o zchudlého občana v souvislosti s jeho domovským právem, tedy tam, kde občan žil. Zchudlý občan měl právo žádat na své domovské obci taková opatření, která mu zajistí veřejnou péči v případě, že mu jeho vlastní jmění a výdělek nepostačuje k životu. Dále zákon o chudinství obsahoval také kromě jiného zákaz žebrání a kontrolu zchudlých prostřednictvím chudinské policie.

už ze své viny nebo bez svého přičinění, takového majetku nebo takových příjmů, aby mohl uspokojit nezbytně nutné životní potřeby svoje a své rodiny.“ (Čáp, 2011, s. 10)

Mezi základní životní potřeby se počítalo zajištění otopu, bydlení, osvětlení a finanční výdaje na výchovu a léčbu dětí, které byla obec povinna hradit. Na vesnicích se pro chudé občany stavěly obecní pastoušky a ve městech chudobince (Čáp, 2011). Chudinský zákon a domovské právo byly v tehdejší době jistě zákony průlomovými, ale je nutné říci, že měly charakter dobročinnosti a měly také zamezit žebrání. Helena Haškovcová uvádí: *„Pro ty nejubožejších z ubohých, kteří neměli ani střechu nad hlavou ani prostředky na základní obživu, sloužily pastoušky. Zpravidla se jednalo o jednoduchý venkovský dům, stojící na návsi, který měl zpravidla jednu velkou místnost, výjimečně i několik malých.“* (Haškovcová, 2010, s. 189) Je velice zajímavé, jak obce zajišťovaly veřejnou péči o chudé v pastouškách, dělo se tak třemi různými způsoby. Helena Haškovcová tyto způsoby popisuje: *„Jídlo ,na střidu‘, což znamenalo, že jednotlivé vesnické domácnosti měly určeno, kdy pro ně mají ,střídavě‘ připravit jídlo. Většinou se jednalo pouze o polévku a krajíc chleba. Nebo naopak obyvatelé pastoušky podle určitých pravidel chodili ,po číslech‘ a ,fasovali‘ od majetnějších občanů trochu jídla. Nebyla-li v obci pastouška, bylo možné problém řešit i tak, že chudý člověk byl zaopatřen bytem a základní stravou střídavě v jednotlivých vesnických domácnostech.“* (Haškovcová, 2010, s. 189) Ve městech byla podobně organizována péče jako na venkově, ale zařízení, která umožňovala chudinskou péči, se nazývala chudobince, které měly zabránit žebrání a potulování po ulicích. V některých městech dle Heleny Haškovcové byly *„obecní kuchyně nebo ohřívárny. Žebrota byla někde nahrazena tzv. almužnictvím, tedy poukázkovou soustavou.“* (Haškovcová, 2010, s. 190)

Podíváme-li se do historie péče o potřebné a chudé, můžeme říci, že domovské právo a chudinský zákon byl v té době velice pokrokovým zákonem ve snaze řešit základní životní problémy zchudlých občanů, potulku a žebrání. Pokud se na tuto problematiku podíváme dnešním pohledem, můžeme konstatovat, že veřejná péče se zakládala na dobročinnosti a povinnosti obcí a měst zajistit základní životní podmínky, měla však i ochrannou funkci vzhledem k majetnějším obyvatelům. Zchudlí občané se oddělovali od společnosti (noclehárny, pastoušky, chudobince), měli zákaz žebrání a obec či město mělo přehled o svých potřebných (chudinská policie). Václav Kotek a Ladislav Nyklíček k solidaritě zdravých a nemocných uvádějí: *„Lékaři byli až do počátku dvacátého století zaměstnanci obce. V porovnání s rozsáhlými úkoly byli obecní a obvodní lékaři odměňováni neúměrně*

nízkým platem. Proto se základem jejich obživy staly soukromé ordinace.“ (Elterlein I, 1984, in Kotek, Nyklíček s. 36)

Lékaři byli povinni léčit nejen majetné, ale i chudé, dohlíželi na školy, hostince, komunální hygienu. Alokace finančních zdrojů byla zaměřena na utváření sítě veřejných nemocnic, ale také vnikaly soukromé nemocnice, které měly právo dle Českého nemocničního zákona (1888) čerpat finanční prostředky ze zemského fondu. Na počátku 20. století vznikla síť veřejných (85) a soukromých nemocnic (101) s 11 685 lůžky, což znamenalo jedno lůžko na 561 obyvatel. (Elterlein I, 1984)

6.2.2. Rozvoj sociálního zabezpečení v Rakousku-Uhersku

Rostoucí vliv postavení dělnické třídy a sociálně demokratické strany ve společnosti způsobilo změnu v sociálním systému zabezpečení dělníků, neboť pro vládu představovala dělnická třída hrozbu sociálních nepokojů. Tento aspekt vedl k významné změně v sociálním systému a odehrál se koncem 19. století z iniciativy kancléře Otto von Bismarcka. V císařském Německu získal na svou stranu významnou a vlivnou dělnickou stranu. Prosadil zákonné normy, sociální pojištění zahrnující nemocenské, úrazové, starobní a invalidní pojistku. Po vzoru Bismarcka rakouský ministerský předseda Taaffe prosazoval podobnou sociální politiku oslabující vliv dělnické třídy v Rakousko-uherské monarchii. V rámci státní správy byly zřízeny živnostenské inspektoráty, které dohlížely na ochranu zdraví a bezpečnost práce dělnictva. Nejvýznamnější zásahy v rámci dostupnosti lékařské péče a sociálního zabezpečení je ustanovení zákonů o nemocenském a úrazovém pojištění z roku 1888. Byla rovněž zřízena nová instituce okresní nemocenské pokladny. Toto pojištění se však nevztahovalo na zemědělské dělníky a nezaměstnané, nemůžeme tedy mluvit o spravedlivém systému zajištění zdravotní péče pro všechny socioekonomické skupiny obyvatelstva. Nicméně i tak se Rakousko-uherská monarchie zařadila svými zákonnými opatřeními v sociálním zabezpečení mezi první státy Evropy řešící sociální postavení chudších vrstev obyvatelstva. (Elterlein I, 1984)

6.2.3. Mezníky vývoje zdravotnického systému v Rakousku-Uhersku

Vytvořený systém měl řadu nedostatků, jako byla všeobecná nedostupnost, roztržistěnost a velmi úsporné způsoby léčení chudých, ale můžeme v tomto období definovat snahu o vznik zdravotnického systému založeného na poskytovatelích (nemocnice, lékaři, lékárníci), plátcích (zaměstnavatelé, zaměstnanci a instituce) a příjemcích péče (chudí

a bohatí), a to s ohledem na další výše uvedené faktory chudinské veřejné péče, úsporného léčení a vznikající nové vrstvy obyvatelstva, dělníků. Lékaři však mnohdy vnímali smluvní vztahy s pojišťovnami jako velký zásah do svobodného podnikání, neboť honoráře za léčení dělnictva nebyly vysoké. Lékaři zpravidla uznávali systém solidarity, ale také se snažili o prosazování svých požadavků vůči nemocenským pokladnám. Založili Spolek poradenských lékařů v Praze a snažili se jednat ve prospěch honorářů, počtu pacientů a svobodné volby lékařů. Po první světové válce v období vzniku Československého státu dle Václava Kotka a Ladislava Nyklíčka *„V Československu byl špatný zdravotní stav populace. Jednou z příčin tohoto stavu byla skutečnost, že v ČSR zůstalo, jako dědictví po válečném konfliktu, 250 tisíc válečných invalidů a 6640 tisíc vdov a sirotek, jejichž zdravotní a sociální problematika byla řešena krajně neuspokojivě.“* (Elterlein I, 1984, in Kotek, Nyklíček s. 440)

V období první světové války se vyhroutily sociálně zdravotní problémy obyvatelstva: vzrostl počet infekčních onemocnění, bylo mnoho raněných vojáků a mezi obyvatelstvem se šířila chudoba. Bylo nutné řešit tyto problémy v rámci reformních opatření habsburské monarchie. Ve Vídni bylo v letech 1917 – 1918 zřízeno Ministerstvo zdravotnictví a prvním ministrem zdravotnictví se stal profesor lékařské chemie Jan Horbaczewski (1854 – 1942), o němž se dozvídáme: *„Tento světově významný chemik se narodil 15. května 1854 v malé osadě Zarubince nedaleko Lvova. Byl pokřtěn Ivan, v publikacích používal jméno Jan i Johann. Příjmení uváděl v polském přepisu. Medicínu vystudoval ve Vídni. Čtyřikrát byl zvolen děkanem Lékařské fakulty, v letech 1902/1903 byl dokonce rektorem Karlovy univerzity, v témž roce se stal dvorním radou, v roce 1910 doživotním členem Panské sněmovny ve Vídni a v roce 1917 přijal funkci rakouského ministra zdravotnictví. Po válce byl ještě mnoho let profesorem a rektorem Ukrajinské svobodné univerzity v Praze.“* (článek o Janu Horbaczewskim, autor neznámý) Toto opatření v oblasti zdravotnictví bylo pouze přechodné vzhledem k ukončení 1. světové války, rozpadu Habsburské monarchie a vzniku samostatného Československa.

6.3. Rozvoj sociálně zdravotní péče v Československu po roce 1918

Se vznikem samostatného Československa bylo nutné provést další reformy, a to s ohledem na špatný zdravotní stav obyvatelstva, vysokou kojeneckou úmrtnost a rozsáhlý výskyt tuberkulózy, břišního tyfu, pandemie španělské chřipky a pohlavních chorob. V prvních dnech samostatného Československa bylo ustanoveno Ministerstvo veřejného

zdravotnictví a tělesné výchovy, jehož hlavním úkolem bylo řešení špatného stavu obyvatelstva a zmírnění sociálních dopadů onemocnění. Dalším úkolem bylo rozšíření sítí zdravotnických zařízení kvůli zlepšení dostupnosti pro širší vrstvu obyvatelstva a vytvoření systému aktivního boje proti onemocnění (Nečas, 1938). V následujících kapitolách použiji pro zachycení historického vývoje literaturu z období vzniku Československé republiky, a to zejména Zprávu o vývoji sociálního systému (20 let sociální péče v Československé republice) z roku 1938, která autenticky zachycuje nejdůležitější mezníky vzniku sociálního a zdravotního systému v České republice. Dále použiji sborník přednášek o Sociálním zdravotnictví z roku 1926, který popisuje významné změny a mezníky vývoje v sociálním a zdravotnickém systému v období samostatného Československa.

6.3.1. Významný rozvoj oboru sociálního lékařství

Rozvoj průmyslu s sebou přinesl nové řešení sociálně zdravotní problematiky obyvatelstva, kterou se začalo zabývat sociální lékařství. Hlavní myšlenkou sociálního lékařství v tomto období bylo zdůrazňování práva občana na zdraví a jeho aktivní účast na péči o zdraví. Významným představitelem sociálního lékařství byl německý lékař Rudolf Virchowem (1821–1902), který propagoval medicínskou reformu v období revoluce (1848–1849).

Na přelomu 80. let 19. století vzniklo v Německu sociální lékařství jako samostatný obor zabývající se otázkami postavení lékaře a výkonu jeho praxe v nemocenském a úrazovém pojištění a zdravotní péči o chudé obyvatelstvo. Koncept zdravotní politiky ovlivnil řešení zdravotně sociální problematiky v Čechách koncem 18. a v průběhu 19. století tím, že se na pražské lékařské fakultě začala přednášet státní medicína studentům lékařství. Významným podnětem pro vznik a rozvoj sociálního lékařství v samostatném Československu byl již výše zmiňovaný špatný zdravotní stav obyvatelstva způsobený válkou, nastala tak nutnost řešit tuto problematiku profesionální péčí o veřejné zdraví. Byly vytvořeny ucelené programy sociálního lékařství zabývající se péčí o rodičky a děti, bojem proti pohlavním chorobám, tuberkulóze a rakovině. V roce 1920 vstoupila do dějin Československa první ústava vycházející ze zásady rovnosti (plná ochrana života a svobody) pro každého obyvatele bez ohledu na příslušnost, rasu a náboženství (Elterlein II, 1985). Jaromír Nečas, ministr sociální péče, v roce 1938 ve své publikaci uvádí: *„Ústava vytyčuje dále demokratická práva, svobody, jakož i povinnosti občanské, jež se ovšem promítají i do sféry sociální. Vůdčí zásadou je rovnost. Všichni obyvatelé požívají naprosté a plné ochrany*

života a svobody bez ohledu na původ, příslušnost, jazyk, rasu nebo náboženství.“ (Nečas, 1938, s. 14) Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělovýchovy velmi úzce a provázaně spolupracovalo s Ministerstvem sociální péče, které především řešilo otázky sociálně politické, jako je např. ochrana dělnictva, péče o nezaměstnané, péče o válečné veterány, ale také sociální pojištění (úrazové, nemocenské, invalidní, starobní, penzijní a pojištění veřejných zaměstnanců). Správa státu byla rozdělena na jednotky vnitřní správy – obce, okresy, země. Obce měly za povinnost zajistit zejména chudinskou péči, zatímco kraje se měly starat o oblast zdravotní a sociální, hospodářskou a dopravní. Tyto vyšší správní celky měly především zabezpečovat blaho obyvatelstva tak, aby se zlepšovaly zdravotní a sociální podmínky, a to např. budováním ústavů a veřejných nemocnic. (Nečas, 1938) Zasluhou Alice Masarykové a lékaře Hynek Pelce došlo, s podporou Rockefellerovy nadace, k vybudování Státního zdravotního ústavu (1925), který měl velký vliv na rozvoj moderně pojatého sociálního lékařství v Československu. Tento ústav byl součástí státní zdravotní správy a stal se významným vědeckým a vzdělávacím centrem. Součástí tohoto ústavu bylo sociálně hygienické oddělení zabývající se zdravotnickou statistikou, epidemiologií infekčních onemocnění, hygienou práce a bydlení, školní a průmyslovou hygienou. Hynek Pelc se v roce 1935 stal profesorem a přednostou tohoto ústavu a propagoval demokratický přístup k ochraně zdraví, založené na péči jedince o sebe samého s podporou státu (vytváření zdravých podmínek k rozvoji zdraví obyvatelstva).

Profesor Hynek Pelc se stal nejenom průkopníkem nových sociologických, epidemiologických a statistických metod ve zdravotnictví, ale i autorem první učebnice Sociálního lékařství (1937). Hynek Pelc definoval sociální lékařství jako soustavu poznatků o příčinách tělesných i duševních onemocnění u lidí, jak dosáhnout vyléčení těchto nemocí a jak pozvednout lidské zdraví. Vycházel z názoru a přesvědčení, že zdraví společnosti se mění kvůli sociálním podmínkám, ve kterých lidé žijí. (Elterlein a kol I, 1984)

6.3.2. Rozvoj zdravotnického systému v Československé republice

V první samostatné Československé republice byla podpořena poradenská činnost, která byla zaměřena především na chudší vrstvu obyvatelstva. Vznikla nová kategorie pracovníků – zdravotně-sociální pracovnice, které vykonávaly svou činnost především v terénní práci v malých městech a obcích. Vztah lékaře a zdravotně-sociální pracovnice byl velmi úzce provázan, neboť tyto pracovnice poskytovaly lékařům zpětnou vazbu o dodržování léčebného režimu, navštěvovaly matky a děti v rodinách, informovaly je

o správné výživě a ošetřování. Jejich práce byla vykonávána vždy se souhlasem lékaře. Lékař Quido Mann uvádí ve své přednášce: „*Jako zdravotně-sociální pracovník neb pracovnice pro péči o děti hodí se jedině síla ženského pohlaví, která někde nazývá se též tajemnice neb sestra, tvoří v zdravotně-sociální péči důležitý spojovací článek mezi dítětem a jeho rodinou na jedné straně a mezi lékařem na druhé straně. Jen prostřednictvím těchto zdravotně sociálních pracovnic je možno sledovat život a výchovu dítěte doma - mimo poradnu a školu.*“ (Břeský, 1926, s. 88) ³¹ Helena Haškovcová popisuje: „*Masarykovy domovy byly naprosto výjimečným a kolosálním zařízením, které nemělo v Evropě obdoby. Objekt čítal 21 budov, z nichž 5 bylo starobincem, 5 chudobincem. Další budovy sloužily jako ozdravovny a zotavovny, v jedné z nich byl i dětský chorobinec.*“ (Haškovcová, 2010, s. 196)

Další školou, podílející se na výchově kvalifikovaného personálu, byla Vyšší škola sociální péče a Státní škola ošetrovatelská. Studentky z těchto škol získávaly specializaci v péči o těhotné, rodičky a nedělky, kojence a kojící matky, děti do 6 let. Pracovaly i jako školní sestry pro děti a mládež a ošetrovatelky v domácnosti. Velkým přínosem této nové profese bylo rozšíření dostupnosti zdravotní péče i do malých obcí, čímž byla rozvinuta a posílena terénní práce, dále užší spolupráce lékaře a sestry.

Mezi hlavní cíle sociálního lékařství patřilo nastavení systému péče o zdraví ženy a dětí – snaha změnit vysokou kojeneckou úmrtnost v této době je patrná. Quido Mann píše: „*Ke své hanbě musíme přiznat, že už za Rakouska-Uherska v r. 1905–1918 se země koruny české vyznačovaly největší kojeneckou úmrtností ze všech zemí před Litavou. Země blahobytem plynoucí, jako Čechy a Morava, vykazovaly úmrtnost kolem 21 %.*“ (Břeský, 1926, s. 83) ³² Zdravotní péče byla rozdělena na lékařskou, sociální a právní, která měla podpořit rozvoj moderního porodnictví dostupného pro všechny ženy, chudé i bohaté. Postupně se v obcích vytvářela síť poraden, jejichž součástí byly také útulky pro rodičky

³¹ Hlavním cílem této spolupráce lékaře a zdravotně-sociální sestry bylo nastavení profesionální péče, která postupně vymýtí laickou péči nevzdělaných „porodních bab“ a různých bylinkářek, zaříkávaček apod. Vzdělávání této profese zajišťovala speciální škola v Krči a útulek Ochrany matek a dětí, kde se vzdělávaly studentky jeden rok a byly pak uznávány jako specialistky v péči o matku a dítě. Helena Haškovcová se ve své knize podrobně zabývá vývojem a založením Masarykových domovů v Praze (v roce 1929), které se původně nazývaly Zaopatřovací ústav v Krči.

³² V roce 1921 byla kojenecká úmrtnost kolem 15 %. Toto číslo bylo se srovnáním se zeměmi, jako je například Francie (12 %) a Švédsko (6 %), daleko vyšší a přijmout opatření s cílem snížení kojenecké úmrtnosti tedy bylo nutné. (Břeský, 1926)

a nedělky a kojenecké poradny. Tyto poradny zajišťovaly i sociální péči prostřednictvím zdravotně-sociální sestry, která posuzovala sociálně zdravotní podmínky budoucích matek (např. bytové, rodinné a mzdové poměry domácností) a pomáhala jim při jednání na úřadech. Lékařská péče byla také zaměřena na edukaci žen o správné výživě v období těhotenství a na přípravu k porodu a péči o novorozence. Právní úprava v občanském zákoníku v té době chránila nemajetné ženy s nemanželskými dětmi tím, že byl stanoven vrchnoporučenský soud, který mohl nařídit otci dítěte platit alimenty. (Břeský, 1926)

Rozvoj porodnictví umožnil vznik programu poradenské činnosti v péči o děti v roce 1921. Quido Mann k této problematice uvádí: „*Na konferencích poradenských lékařů, kde na základě víceletých zkušeností z iniciativy vrchního fyzika dr. Procházky byly vypracovány návrhy pro statut poraden a instrukce personálu, byl navržen minimální honorář pro lékaře 500 Kč měsíčně.*“ (Břeský, 1926, s. 96) V poradnách byla zajišťována především preventivní péče o děti do 6 let, zaměřená na podporu zdravého vývoje dítěte, záchytu infekčních onemocnění (tuberkulóza, lues), podpora výživy novorozenců a dětí. V případě záchytu onemocnění bylo dítě doporučeno k dalšímu lékařskému ošetření. V poradnách se vedla řádná dokumentace o dítěti a jeho psychomotorickém vývoji. Doplnkovou činností poraden byla návštěvní služba v domácnostech, kterou vykonávala zdravotně-sociálně pracovnice. Současně také fungovaly tzv. kočovné poradny zajižďující do malých obcí. Zřizovatelé těchto poraden byly zejména tyto organizace: Československá ochrana matek a dětí, Okresní péče o mládež, Československý červený kříž, ale také státní Správní odbor poraden (Naším dětem). Poradny však v té době nebyly pevně ukotvené v systému zdravotní péče, neboť neměly žádné právní a úřední kompetence.

V tomto období také upozorňovali lékaři na mezery v poskytování léčebné péče o děti chudých rodičů, kteří často neměli finanční prostředky na zaplacení privátního lékaře a nákup léků. Důsledkem vyhledávání laické péče pro dítě mohly být zdravotní následky nebo také úmrtí. Lékaři navrhovali rozvoj systému veřejné péče o nemocné děti formou zavedení obligatorního rodinného pojištění u nemocenských pokladen. (Břeský, 1926) Zdravotní program v samostatném Československu se také zaměřoval na péči o mládež. V materiálu se uvádí: „*Péči o mládež se rozumí souhrn všech opatření směřujících k ochraně, již potřebuje mládež pro svůj zdárný vývoj po stránce tělesné, duševní a mravní. Péče o mládež zasahuje do nejrůznějších oborů právních (právo soukromé a veřejné),*

zdravotních (hygienu a lékařská péče) a výchovných. Sociální stránka stojí ovšem v popředí veřejného zájmu.“ (Nečas, 1938, s. 82) ³³

Mezi další programy také patřil boj proti tuberkulóze. Tato choroba představovala významný a závažný veřejný a sociální problém a zcela pochopitelně se tak dostala do popředí zájmu společnosti. Ve zprávě Edvarda Březkého se dočteme: *„Tuberkulosa byla dlouho i lékaři považována za chorobu nevyléčitelnou. Není tomu ještě tak dávno, kdy fungovala taková praxe, že tuberkulosní nemocný býval v nemocnici nebo na klinice položen do sálu mezi ostatní nemocné a byl předán nejmladšímu lékaři.*“ (Břeský, 1926, s. 125)

Z podnětu českých lékařů, dr. Ježdíka, profesorů Františka Hamzy a Jaroslava Procházky, Antonína Veselého a dalších, byl stanoven hlavní úkol v rámci Masarykovy Ligy proti tuberkulóze (v roce 1919) zřizovat dispenzární jednotky, jež měly za úkol podporu potírání této choroby. Hlavním úkolem byla depistážní činnost, která se zaměřovala na nemocného, ale také na vyhledávání možných zdrojů nákazy, a na ochranu obyvatelstva ohrožených nákazou. V této souvislosti byla vydána směrnice, jež měla charakter programového boje proti tuberkulóze. ³⁴ (Břeský, 1926) Dále se současně rozvíjel program v boji proti zhoubným chorobám, které byly mezi obyvatelstvem rovněž velmi rozšířené. Jaromír Nečas uvádí: *„Podle údajů v Hlavově stati o rakovině v Hamzových, Úvahách o sociální péči zdravotní‘ umírá u nás na zhoubné nádory, zejména na rakovinu, asi 10 z 10 000 žijících osob ročně.*“ Dále se ve zprávě píše: *„Soudím, že lidské milosrdenství nesmí*

³³ Chudinská péče o děti a mládež byla řešena rozdílně, Slovensko a Podkarpatská Rus měla vybudovanou státní péči o mládež (státní dětské domovy v Košicích, Rimavské Sobotě a Mukačevě). V těchto ústavech jsou ponechány: *„Pouze děti neduživé, potřebující lékařskou péči, ostatní se umísťují mimo ústavy do tzv. dětských osad, v nichž jsou děti vychovávány pod dohledem u pěstounů.*“ (Nečas, 1938, s. 85) V českých zemích byla svěřena tato péče především dobrovolným organizacím a radě Okresní péče a byla budována kojenecká oddělení.

³⁴ Mezi úkoly patřilo zřizování dispenzů ve správních celcích- okresech (přibližně 20 tis. obyvatel). Dále sem spadala osvětová činnost (přednášky) zaměřená na chudou část obyvatelstva. Statistika z roku 1923 uváděla, že úmrtnost na tuberkulózu byla 1922 případů na 100 tis. obyvatel, a proto byla ustanovena směrnice programového boje proti tuberkulóze spočívající v zamezení nákazy v kojeneckém věku a u dětí. Do systému péče o tuberkulózu byly zařazeny dispenzáře, lůžková oddělení pro děti a dospělé, azylové domy pro dospělé, útulky pro kojence a děti, ozdravovny a lázně. (Břeský, 1926)

přestati jen na soucitu s těmito nešťastníky, ale má se projevit co nejvíce činem.“ (Nečas, 1938, s. 171)

Profesor Hlava byl přednostou patologicko-anatomického ústavu a členem Spolku pro zkoumání a potírání rakoviny v Praze, založeným městským zdravotním radou doktorem Studničkou v roce 1903. Tento přední lékař založil v roce 1921 v Praze ústav, který byl později pojmenován jeho jménem (Hlavův ústav).³⁵ Ve zprávě Jaromíra Nečase se dočteme: *„Štědrý dar p. prezidenta způsobil, že česká veřejnost, zejména přední peněžní ústavy, obchodní společnosti i zámožní jednotlivci, obdařili Spolek.*“ (Nečas, 1938, s. 171)

V rámci programu boje proti rakovině bylo nutné rozšiřovat lůžková oddělení specializovaná na léčbu a zdravotní péči pro nevyléčitelně nemocné. Dále bylo třeba v této oblasti zavést prohlubování vzdělávání lékařů, podporu vědy a výzkumu a osvětové činnosti mezi obyvatelstvem. V tomto období byly zřizovány soukromé i veřejné nemocnice a byla postupně rozšiřována lékařská péče dle počtu obyvatelstva (obvody), což mělo velký význam pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče. Do roku 1937 bylo pro pojištěné osoby vybudováno 1300 ambulancí a ordinací a 150 veřejných nemocnic. Sociální pojišťovna vyplácela denně na léčebnou péči cca milion korun. První Ústava České republiky (29. 2. 1920) měla zajistit obyvatelům demokratická práva a svobodu a vycházela ze zásady rovnosti s plnou ochranou života a svobod.

Důležitým mezníkem tohoto období bylo založení Sociálního ústavu Československé republiky (1919), který měl svým odborným působením přispět k utváření sociální politiky ve státě. Ve zprávě Jaromír Nečas uvádí: *„Členy Sociálního ústavu byli vždy povoláváni nejen teoretičtí odborníci, nýbrž také zkušení pracovníci z řad zaměstnaneckých i zaměstnavatelských, čímž byla dána záruka, že Sociální ústav bude při řešení různých politických i sociálně hospodářských otázek postupovati jen s ohledem na věcné a odborné důvody, jakož i hospodářské možnosti, čímž přispěje k umírnění sociálních konfliktů našeho veřejného života.*“ (Nečas, 1938, s. 113) Ústav se na začátku svého působení zabýval sociálními problémy ve společnosti, dále problematikou dělnické třídy se snahou o vyřešení sociálního pojištění, nezaměstnaností, pracovním zdravotnictvím a sociálně-zdravotní péčí o chudé, matky s dětmi apod. Velkým podílem práce tohoto ústavu byla přednášková činnost založená především na rozpravách o potřebnosti léčebné a zdravotní péče o dělnictvo,

35

Hlavní úkoly ústavu spočívaly v sociálním boji proti rakovině. Byl podporován i prezidentem Tomášem Garrigue Masarykem (prezident věnoval spolku 100 tisíc korun).

problematika a potřebnost sociálního pojištění pro celý národ a otázky nezaměstnanosti a konkurence trhu.

Součástí Sociálního ústavu bylo i založení studijní vědecké knihovny, což se stalo v té době velmi ojedinělou událostí, neboť tato knihovna obsahovala literaturu moderní sociální politiky, a to včetně statistických publikací Československé republiky z oblasti sociální politiky (statistiky nezaměstnanosti, sociologie nezaměstnanosti, pojištění a podpory v nezaměstnanosti apod.) a vědecké články ze zahraničí. Vědecká knihovna obsahovala v roce 1923 padesát tisíc publikací a čtyři sta odborných časopisů, které byly přístupné i veřejnosti. (Nečas, 1938)

6.3.3. Rozvoj veřejnoprávního pojištění v Československu

Mezi důležitá opatření samostatného Československa patřilo rozšíření veřejnoprávního pojištění pro širší vrstvy obyvatelstva. V tomto období (ve 20. letech) bylo zřízeno povinné sociální pojištění pro dělníky, jenž bylo rozděleno na úrazové a nemocenské, které se vztahovalo na případ nemoci, invalidity, stáří a úmrtí (zákon č. 224/1924). Tento zákon pamatoval i na rodinné příslušníky a měl za úkol zlepšení zdravotně sociálních podmínek dělnictva. První povinné pojištění bylo tedy pouze pro námezdní dělníky, státní zaměstnance a veřejné zaměstnance. Jaromír Nečas uvádí: „*Zákon rozšířil pojistnou povinnost na všechny osoby, které jsou námezdně činné a nejsou pro případ nemoci, invalidity, stáří a úmrtí zajištěny alespoň rovnocenným způsobem... a prohloubil a rozšířil nemocenskou péči o rodinné příslušníky pojištěnců.*“ (Nečas, 1938, s. 48) Nemocenské pojištění pro dělníky v průmyslu, zemědělce a soukromé úředníky zajišťovaly nemocenské pojišťovny, které byly pod správou Ústřední sociální pojišťovny. Horníci měli nemocenské pojištění upravené zvláštním předpisem. Jaromír Nečas dále popisuje: „*Po státním převratu byla provedena unifikace tohoto pojištění zejména novým zákonem č. 242/1922 o báňských bratrských pokladnách. Na pevný finanční základ bylo pak hornické pojištění postaveno novelou č. 200/1936. Provádění spadá do kompetence ministerstva veřejných prací, ministerstvo sociální péče jest účastno jen v některých směrech.*“ (Nečas, 1938, s. 69) Zaměstnanci ve vyšších službách, státní zaměstnanci a pracovníci některých velkých podniků (např. zaměstnanci drah) měli nárok na penzijní připojištění zahrnující pojištění v případě invalidity, stáří a úmrtí (zákon č. 4. 117/1934). O penzijní pojištění se staral Veřejný penzijní ústav, který podléhal státnímu doзору (spadající pod Ministerstvo sociální práce). V této době bylo také zavedeno dobrovolné pojištění pro případ

nezaměstnanosti (zákon 267/1921). Nemocenské pojišťovny byly autonomními subjekty a měly své správní orgány (představenstvo, dozorčí výbor). Pojišťovny byly povinné vybírat pojištění od zaměstnanců dle mzdového zařazení a zaměstnavatelů, kteří měli zákonnou povinnost hlásit své nové zaměstnance. Kromě vybírání pojistného měly pojišťovny dáno zákonem udělovat sankce za neplacení pojistného. Pojištěnec měl nárok na lékařskou pomoc, léky, léčiva a terapeutické pomůcky pro sebe a své rodinné příslušníky. Do kompetencí pojišťovny patřila také výplata dávek v mateřství, šestinedělí, pomoci při porodu a úhrada pohřebního v případě úmrtí pojištěnce. Tyto instituce vytvářely podpůrné fondy, které sloužily k výplatě i vyšších a mimořádných dávek svým pojištěncům a jejich rodinným příslušníkům mimo vyměřovací dávku. Nositelkou invalidního a starobního pojištění byla Ústřední sociální pojišťovna, která měla za úkol také spolupráci s nemocenskými pojišťovnami, dále se starala o léčebnou a preventivní péči spojenou zejména s možnou invaliditou a prevencí nezaměstnanosti. Mohli bychom konstatovat, že v období od vzniku samostatného Československa byla snaha rozšiřovat dostupnou zdravotní péči pro širší vrstvy obyvatelstva, ale musíme přihlédnout ke skutečnosti, že z 14,5 miliónů obyvatel bylo účastníky nemocenského pojištění pouze 3,5 miliónu osob. (Nečas, 1938)

Pojišťovny se sdružovaly od roku 1934 do svazů pojišťoven a vyjednávaly smlouvy mezi poskytovateli zdravotní péče. Základním prvkem péče byli praktičtí lékaři (7000), ke kterým byli pacienti dle obvodů přiřazováni, a na území působilo cca 300 nemocenských pojišťoven. Ve zprávě Jaromíra Nečase se uvádí: *„Včasná, systematická a účinná léčebná péče, poskytovaná nemocenským pojištěním, měla příznivý vliv na prodloužení lidského života, zejména u pracujících vrstev národa, kde úmrtnost před tím byla v důsledku nedostatečné ochrany v případě nemoci právě největší. Potěšitelnou je i skutečnost, že sociální choroby, které dříve nejvíce ohrožovaly námezdně pracujícího člověka, pomalu ustupují, a to díky soustředěnému úsilí nositelů nemocenského pojištění a veřejné zdravotní péče vůbec.“* (Nečas, 1938, s. 48)

6.3.4. Chudinská péče o občany v Československé republice

Nepojištěným občanům byla poskytována chudinská péče, která měla charakter veřejné, soukromé či dobrovolné péče. Jaromír Nečas v této souvislosti píše: *„Chudinská péče jest veřejná a soukromá, čili dobrovolná. Veřejnou jest ona, jež jest vykonávána orgány veřejné správy jako veřejnoprávní povinnost, soukromá je výrazem snah charitativních.“*

(Nečas, 1938, s. 91) Veřejná péče spočívala v povinnosti obce (domovské právo) zajistit těmto lidem potřebné životní podmínky (stravu, byt, otop, ošacení). Obec zajišťovala finanční prostředky nebo pomáhala ve formě naturálních dávek a nejrozšířenější pomocí v této době bylo zřizování chudobince pro nemajetné. Dále Jaromír Nečas uvádí: „*Dík činnosti organizací dobrovolné péče a jejich účinné spolupráci s péčí veřejnou bylo odstraněno mnoho bíd, zejména v dobách hospodářské krize.*“ (Nečas, 1938) Dobrovolné organizace pečovaly například o slepé, hluchoněmé, nemocné.

Vyšší samosprávné celky (okresy, země) byly povinny zřizovat ústavy (péče o mládež, slepé a choromyslné) a nemocnice pro chudé. Tyto samosprávné celky musely financovat chudinské náklady v sociální a zdravotnické péči (zákon č. 125/1927). Zdravotní péče o chudé byla uzákoněna v roce 1922, kdy obecní lékaři měli za povinnost ošetřovat chudé a nemocné. Obce se podílely na hrazení léčení a pobytu v nemocnicích či ústavech a na poradenské službě. V zákoně se kromě jiného uvádí: „*V důsledku těchto zákonů byly mnohé úkoly zdravotní péče o chudé, jež by ve smyslu chudinských zákonů měla konati obec, přeneseny na stát a jeho orgány (státní obecní neb obvodní lékaře).*“ (Nečas, 1938, s. 93)³⁶ V období hospodářské krize (1932) narostl počet nezaměstnaných a došlo ke zhoršení zdravotní situace chudých rodin, neboť ztratily nárok na nemocenské pojištění a jejich členové byli odkázáni na chudinská opatření.

Ve snaze ovlivnit tyto skutečnosti zorganizovalo Ministerstvo sociální péče ve spolupráci s Ministerstvem veřejného zdravotnictví a tělovýchovy, Ústřední sociální pojišťovnou a veřejnými a soukromými zdravotními pojišťovnami program léčebné péče o nezaměstnané a jejich rodinné příslušníky. Můžeme říci, že se jednalo o charitativní zdravotně-sociální péči, kdy se lékařská péče prováděla podle povahy onemocnění ve veřejných či soukromých nemocnicích, ambulancích nebo v domácnosti na základě vystaveného poukazu o dlouhodobé nezaměstnanosti. Ozdravná a léčebná péče byla poskytována i dětem chudých lidí, měla za cíl zmírnit důsledky podvýživy u dětí, a tím předejít chorobám (Nečas, 1938).

³⁶ Na ústavní péči se podílely zemské fondy, které byly spravovány státem. Ministerstva uvolňovala v rámci státního rozpočtu finanční prostředky, ale také různé obchodní, živnostnické a zemědělské korporace Stát podporoval formou pravidelných příspěvků (subvence) činnost dobrovolných organizací (Československý červený kříž, Okresní organizace péče o mládež, Masarykova liga proti tuberkulóze, náboženské spolky) působící v oblasti sociálně zdravotní péče o chudé obyvatele. (Nečas, 1938)

Reformní snahy samostatné Československé republiky v oblasti sociální a zdravotní politiky byly přerušeny hospodářskou krizí v letech 1930–1938 a ztrátou samostatnosti v roce 1939, kdy jsme se stali součástí Protektorátu Čechy a Morava. Dále do vývoje zdravotnického systému negativně zasáhla druhá světová válka, která zastavila hospodářský rozvoj naší země a další snahy v oblasti zdravotní péče.

6.4. Vývoj zdravotnického systému v období 1945–1970

6.4.1. Nedvědův zdravotnický model

V předválečném období měla sociální a zdravotní politika i své odpůrce, především ze strany představitelů Komunistické strany Československa, zastupujících převážně dělnickou třídu, jejichž hlavní ideologií bylo odstranění kapitalismu a nerovností ve společnosti. Dle jejich názorů nemohla kapitalistická společnost zajistit zdravotní a sociální potřeby pro pracující lid. Komunistická strana poukazovala na roztržičnost vznikajícího zdravotnického systému a na špatný zdravotní stav dělnické třídy, drobného rolnictva, jejich neuspokojivého sociálního zabezpečení. Stoupencem této ideologie a spravedlivého přístupu ke zdravotní péči byl lékař František Nedvěd se svými spolupracovníky, s Janem Evangelistou Jiráskem a dalšími. František Nedvěd navrhl nový plán na uspořádání zdravotnického systému založeného na myšlence, že zdraví není jen soukromá záležitost, nýbrž je věcí veřejnou, jako je práce, právo a vzdělání. Tento lékař byl během války zatčen a zemřel v koncentračním táboře Osvětim v roce 1943 (Elterlein II a kol, 1985). Jeho teze nového uspořádání zdravotnického systému byla označována jako „Nedvědův plán“. Martin Potůček uvádí: *„Po roce 1945, zejména po únoru 1948, se začal Nedvědův plán postupně realizovat. V roce 1952 byla nová soustava zdravotnictví funkčně dobudována a přes různé dílčí změny a úpravy přežila v prakticky nezměněné podobě až do roku 1990.“* (Potůček, 1999, s. 118) Návrh nového systému byl představen dne 21. 5. 1945. Plán se opíral o základní principy, které spočívaly ve zdravotním a sociálním pojištění pro všechny občany, péče měla být poskytována bezplatně se státním dozorem nad uspořádáním sítě zdravotnických zařízení.

Zdravotníci pracovníci měli být veřejnými státními zaměstnanci, kteří jsou rozdělováni do jednotlivých okrsků, kde poskytují léčebně preventivní péči, a to v úzké spolupráci se zdravotní a sociální sestrou. Plán propagoval nutnost přebudování zdravotnického školství, vědy, výzkumu, výroby a rozdělování léčiv, kdy všechny tyto

oblasti měly být pod státním dozorem. Po skončení druhé světové války bylo nutno řešit v rámci sociální a zdravotní politiky mnoho problémů, neboť během nacistické okupace se zvýšila úmrtnost obyvatelstva z 13,2 promile v roce 1938 na 17,3 promile v roce 1945 z celkového počtu obyvatelstva. Kojenecká úmrtnost byla 89,2 promile z celkového počtu narozených dětí a hlavní příčinou mortality se staly infekční choroby. Střední délka života se po válce pohybovala u mužů okolo 60,9 let a u žen kolem 65,5 let. (Zavazalová a kol, 2004) Bylo nutné na tento neutěšený zdravotní stav obyvatelstva reagovat řadou nezbytných vládních opatření (povinné očkování proti záškrtu, znárodnění poradenské zdravotní péče). Nedvědův plán reformy zdravotnictví ovlivnil po roce 1948 budování státního zdravotnictví v Československu. Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí: „*Poválečná reforma, přijetí zákona o národním pojištění v roce 1948 i řada prvků státního zdravotnictví budovaného od počátku padesátých let podle Semaškova modelu, byly ovlivněny právě těmito původními českými přístupy.*“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 121)

6.4.2. Semaškův model státního zdravotnictví

V roce 1948 došlo ve společnosti ke změně politického systému, a to vítězstvím komunistické strany, která v nové ústavě (9. 5. 1948) ustanovila zásady práva na zdravotní a sociální péči pro všechny vrstvy obyvatelstva. Jednalo se především o právo na ochranu zdraví, léčebnou a preventivní péči, zabezpečení ve stáří. Tato práva měla být zaručena právní normou o zákonném národním pojištění (15. 4. 1948), viz § 12 o povinném pojištění a § 27, který stanovil: „*Pojištěnci a jeho rodinným příslušníkům náleží v případě nemoci bezplatné lékařské ošetřování, potřebné léčení a terapeutické a ortopedické pomůcky. Ošetřování musí odpovídat současnému stavu a úrovni lékařské vědy.*“ (Elterlein a kol II, 1984, s. 74) V Československé republice byl zaveden model státního zdravotnictví – „Semaškův model“, dle prvního profesora sociální hygieny v Moskvě Nikolaje Alexandroviče Semaška (1874–1949). Tento model byl založen na centrálním řízení státního zdravotnictví a prakticky fungoval až do změny politického systému, do roku 1990.

Centrální řízení bylo založeno na těchto principech: zdravotnická zařízení jsou majetkem státu, financování péče se uskutečňuje prostřednictvím státního rozpočtu, zdravotníci pracovníci jsou zaměstnanci státu. Semaškův model byl v Československé republice označován jako „socialistické zdravotnictví“, vylučující poskytování soukromých zdravotnických služeb (Janečková, Hnilicová, 2009). Konceptem socialistického zdravotnictví mělo být dostupnost a bezplatnost pro všechny socioekonomické vrstvy

obyvatelstva. Zdravotnictví bylo řízeno prostřednictvím národních výborů a během období 50. a 60. let 20. stol. vznikaly organizační celky, krajské, městské a okresní ústavy národního zdraví, které zaručovaly dostupnost specializované zdravotní péče.

Martin Potůček píše: „V roce 1957 došlo ke změně způsobu financování zdravotnictví: finanční prostředky zdravotnickým zařízením začaly být místo ministerstvem zdravotnictví alokovány ministerstvem financí do rozpočtu národních výborů, a to spolu s prostředky na školství a sociální péči. V roce 1966 pak byl přijat nový zákon o péči o zdraví lidu, který měl ovšem značně deklarativní charakter a jeho praktický vliv na chod zdravotní péče nelze nijak přeceňovat.“ (Potůček, 1999, s. 119) Je nutné zmínit, že v tomto období byl rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví zrušen Státní zdravotnický ústav, založený již v roce 1925. Rozdělit se na tři samostatné instituce: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ústav hygieny a Ústav epidemiologie mikrobiologie. Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí: „Hlavním smyslem dezintegrace SZÚ bylo nejspíše zbavit se instituce, která byla svými základy spjata s demokratickou první republikou, se jménem prezidenta Masaryka a jeho dcery a s americkým pojetím veřejného zdravotnictví.“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 26) Spolu se zrušením ústavu zanikly i snahy o uspořádání systému péče v rámci veřejného zdravotnictví. Myšlenka veřejného zdravotnictví však nezanikla, neboť při lékařských fakultách se založily katedry Organizace řízení zdravotnictví, které zajišťovaly výuku základů sociálního lékařství, etických a filozofických problémů medicíny.³⁷

6.4.3. Rozvoj dostupnosti zdravotních služeb do roku 1970

Velký rozvoj zdravotní péče, ale také růstu nákladů, nastal zejména v 60. a 70. letech 20. století, a tento trend pokračuje až do současnosti. Je ještě nutné zmínit, že v tomto období se také změnila demografická skladba populace. Došlo k jejímu stárnutí, čímž se zvýšily specifické potřeby pro stárnoucí populaci, na které zdravotnický systém reagoval rozvojem geriatry a gerontologie.³⁸ Prvním pracoviště gerontologie bylo založeno za

³⁷ Mezi úspěšnými projekty zaměřenými na řízení zdravotnictví vznikl v roce 1953 Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (ILF - Institut lékařů a farmaceutů), kde se studenti připravovali nejen na řízení socialistického státního zdravotnictví, ale kde byla, a to velmi efektivně, organizována postgraduální výchova a vzdělávání lékařů. (Janečková, Hnilicová, 2009)

³⁸ V roce 1958 vznikla gerontologická komise České internistické společnosti, jejímž předsedou se stal Bohumil Prusík. Tato komise se stala samostatnou sekci v roce 1960 (Česká gerontologická společnost) v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

příspěvní Jiřího Trojana při interní klinice Thomayerovy nemocnice v Praze. Postgraduální vzdělávání lékařů bylo realizováno v Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů (Kabinet gerontologie a geriatrie v roce 1974) a zakladatelem se stal profesor Vladimír Pacovský. (Haškovcová, 2010) Helena Haškovcová uvádí: „*Obrovské úsilí všech jmenovaných, ale i mnohých dalších lékařů bylo korunováno úspěchem, když v roce 1983 byla geriatrie ustanovena samostatným lékařským oborem.*“ (Haškovcová, 2010, s. 212) Na založení lékařského oboru geriatrie měl velkou zásluhu Vladimír Pacovský. Jako lůžková péče, tedy klinické zázemí geriatrie, sloužily léčebny pro dlouhodobě nemocné, které v roce 1974 měly 2601 lůžek. Na nich se měla realizovat dlouhodobá péče o chronicky nemocné pacienty. V souvislosti s rozvojem geriatrie, zejména v terénní péči, byl zaveden institut geriatrické sestry, která pracovala u obvodních lékařů. Její role spočívala v plnění ordinací dle indikace obvodních lékařů a poskytování ošetrovatelské péče pacientům s chronickými obtížemi v domácnostech (Haškovcová, 2010).

Z hlediska alokace zdrojů do zdravotní péče se zapomělo investovat do preventivních opatření, výchovy obyvatel formou sebe-péče a primární péče, která není z hlediska finančních nákladů tak náročná jako alokace zdrojů do sekundární a terciární péče. Martin Potůček popisuje: „*Péče o zdraví nepatřila k politickým prioritám. Pro všechna kardiovaskulární onemocnění, ischemickou chorobu srdeční a infarkt platilo, že riziko úmrtí na ně bylo u dospělých Čechoslováků ve srovnání se západními Němci či Rakušany dvakrát vyšší. Všechna tato neradostná zjištění se vztahovala na zemi, kde ukazatele počtu lůžek a lékařů na počet obyvatel byla příznivější než ve většině západoevropských zemích.*“ (Potůček, 1999, s. 120)

Hana Janečková a Helena Hnilicová se ve své knize poměrně rozsáhle věnují příčinám vzniku nových civilizačních chorob oběhové soustavy a novotvarů, které jsou příčinou zvýšené úmrtnosti obyvatel na tato onemocnění. Autorky uvádějí: „*Zvládání těchto zdravotních problémů vyžadovalo již zcela jinou strategii, jiný systém zdravotní péče a prevenci postavenou na široce zaměřené podpoře zdraví. Namísto toho došlo ke zpomalení technologického rozvoje ve zdravotnictví, ke zhoršování životního prostředí a nepříznivým proměnám životního stylu obyvatelstva.*“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 57)

6.4.4. Nejdůležitější systémové změny ve zdravotnickém systému v období 1945–1970

6.4.4.1. Prevence ve zdravotnickém systému

V tomto období byla v socialistickém Československu péče o zdraví lidu definována jako nejvyšší humanistické poslání, neboť zdraví patří mezi základní zdroje národního bohatství. V roce 1951 přijalo Národní shromáždění zákon č. 101/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Tento zákon zdůrazňoval principy, jako je státní zdravotnictví, jednota preventivní a léčebné péče, vědeckost a dostupnost. Nejdůležitějším dokumentem bylo usnesení Komunistické strany (v roce 1953) o opatřeních k dalšímu rozvoji zdravotnictví, neboť dokument obsahoval ustanovení o léčebně preventivní péči.

V oblasti prevence byly vytyčeny tyto cíle:

- společenská prevence - opatření v oblasti hygieny, epidemiologie a zdravotní výchovy,
- primární prevence - předcházení nemocí a zabránění jejich vzniku,
- sekundární prevence - minimalizace progresu choroby, zabránění trvalým následkům, snížení invalidity,
- terciární prevence - dosažení sociální rehabilitace a navrácení člověka zpět do společnosti.

Mezi primární preventivní opatření byly zařazeny ucelené programy zaměřené na děti a dorost a muže vykonávající vojenskou službu. Součástí prevence bylo zavedení dispenzárního systému sledování závažných chorob a jejich včasné léčby. Tato péče měla spočívat v aktivním vyhledávání nemocí v různých oborech medicíny (pediatrie, gynekologie, venerologie) a plánované ovlivňování léčebné péče ve spolupráci s jinými lékaři specialisty. V této době byly dostatečně využívány statistické metody, výpočty nákladů vynaložených na prevenci ve vzájemném vztahu k výdajům na sociální a zdravotní péči. Byla vyjádřena jejich ekonomická efektivita, která je charakterizována jako optimální vztah zdrojů, cílů, prostředků a výsledků lidské činnosti (Elterlein, a kol, III 1984).

Kvalita poskytovaných služeb se posuzovala dle naděje na dožití, která se postupně zvyšovala, a docházelo i k dalšímu snižování kojenecké úmrtnosti. Pokud bychom ale porovnali střední délku života s jinými rozvinutými zeměmi v té době, byl tento indikátor daleko nižší. V průběhu 50. let 20. století došlo k prudkému zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, a to díky zlepšení hygienických podmínek a zavedení systému očkování.

Od 60. let 20. století se postupně začala budovat síť poliklinik, zdravotních středisek a lůžkového fondu a Československá socialistická republika se ocitla ve sledovaných ukazatelích na úrovni západních států, a to zejména v kojenecké úmrtnosti.³⁹ Další pozitivní vývoj byl vidět ve zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva mezi roky 1961 až 1969, což se projevilo zvýšením střední délky života: ta v roce 1969 dosáhla u mužů 66 let a u žen 73 let. (Janečková, Hnilicová, 2009) Tento pozitivní vývoj však posléze stagnoval.

6.4.5. Centrální řízení zdravotnického systému

Dostupnost a rozšiřování sítě zdravotnických zařízení bylo řízeno prostřednictvím národních výborů (95 %) a Ministerstva zdravotnictví ve vzájemné spolupráci se Státní plánovací komisí. Okresní národní výbory podléhaly krajským národním výborům, které připravovaly roční objemy finančních prostředků na investice, platy zdravotníků a materiální vybavenost pro zdravotnická zařízení v rámci jejich působnosti. Ministerstvo zdravotnictví spolupracovalo s krajskými národními výbory v plánování zdravotnických služeb, hodnocení plnění ročních a pětiletých plánů, dále přímo řídilo zdravotnické školy a vysoké školy ve spolupráci s Ministerstvem školství (lékařské a farmaceutické fakulty) a regulovalo počty studentů na těchto školách v souladu s počtem vytvořených pracovních míst.

Národní výbory prostřednictvím odboru zdravotnictví řídily Ústavy národního zdraví (krajské, městské a okresní) a při dlouhodobém plánování využívaly zejména zákon o péči zdraví lidu č. 20/1966 a související legislativní normy, koncepce jednotlivých zdravotnických oborů, informace o zdravotním stavu obyvatelstva a demografické údaje. Dlouhodobé plánování zdravotnických služeb bylo zaměřeno především na rozvoj zdravotnických sítí, s tím souvisely investiční a finanční plány. Jako hlavní ukazatel míry zajištění péče bylo lékařské místo a počet lůžek dle regionu. Financování služeb bylo v rukou státu, tedy ze státního rozpočtu, a finanční prostředky byly přerozdělovány na rozpočtové organizace, které podléhaly příslušným národním výborům. Ústavy národního zdraví byly řízeny dle ideologie komunistické strany. Mezi další články řízení patřily různé komise zabývající se účelnou farmakologií, vědeckými výzkumy a podporou vědy a osvětovou činností mezi obyvatelstvem (Elterlein a kol. III, 1984).

³⁹

Klesla z 90 promile (od roku 1945) na 23 promile v roce 1961 z celkového počtu narozených dětí (s postupem času se tento parametr dále zlepšoval až na světovou špičku).

6.4.5.1. Právní podpora zdravotnického systému

Zákon o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.

Podíváme-li se na zdravotnický systém z hlediska vývoje zdravotnického práva, musíme konstatovat, že bylo silně ovlivněno po roce 1945 Nedvědovým plánem, který zaručoval bezplatnou zdravotní péči financovanou z daní pro všechny vrstvy obyvatelstva, a aktivním přístupem ke zdraví lidí. Základní koncepce právní úpravy ve zdravotnictví byla přijata Komunistickou stranou v roce 1964 a vyvrcholila přijetím zákona č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu. Tento zákon (a s ním související právní normy) definoval principy zdravotní péče, ale také zároveň podporoval zejména preventivní činnost lékařů a hygienické služby. Uplatňoval zásadu bezplatnosti a všeobecné dostupnosti, organizaci zdravotnických služeb včetně pracovníků ve zdravotnictví, obsahoval také metodiku řízení a kontroly v péči o zdraví.

V rámci aktivního přístupu ke zdraví byly pro občany stanoveny ze zákona vyplývající povinnosti. Jednou z nich bylo podrobovat se preventivním a dispenzárním prohlídkám, očkování a léčení přenosných infekčních chorob, poskytnout nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti, používání ochranných prostředků při práci a jiná ustanovení. Zdravotníci měli také definované povinnosti vůči nemocným, a to zejména poskytovat léčebně-preventivní péči dle současných vědeckých poznatků, byly stanoveny kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků. Lékaři a sestry měli vykonávat svou činnost svědomitě a poctivě a dále se vzdělávat. Měli povinnost zachovávat mlčenlivost o výkonech svého povolání a ošetřovaných osobách. Dále ukládal zákon povinně provádět zdravotně-výchovnou činnost. Tato legislativa také stanovovala povinnosti související s výkonem státní správy, ustanovila v oblasti ochrany zdraví hlavního hygienika. Upravovala možnost rozhodovat a provádět vyšetřovací a léčebné výkony u osob ohrožených na životě (děti, osoby omezené nebo bez způsobilosti k právním úkonům) bez souhlasu rodičů a opatrovníka. Nutno podotknout, že tento zákon byl ve své době velice průlomový a moderní a do současné doby zatím nebyl nahrazen žádným novým zákonem, pouze byl již mnohokrát novelizován.

V roce 2011 překonala tento zákon nová legislativní úprava, zákon o zdravotnických službách (schválený 8. prosinec 2011 – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon o zdravotních službách). Kromě vydání patřičných právních norem byla v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání zřízena komise, která se zabývala jednáním zdravotníků a etickými principy. Ustanovená komise se nazývala Komise pro boj s negativními vlivy ve zdravotnictví a zabývala se dvěma okruhy činností.

První okruh byl zaměřen na negativní jevy mezi zdravotníky, především spojené s úplatkářstvím a postupy léčení dle lege artis, a druhým okruhem bylo porušování soudružských vťahů mezi zdravotníky. Jednalo se především o vztahy mezi jednotlivými zdravotníky v oblasti poskytnutí protekce, pomluvy a zpochybňování práce druhého.

Pro případ závažnějších porušení zákona o péči zdraví lidu při poskytování zdravotních služeb byly ustanovené znalecké komise, které byly zřízeny v rámci národních výborů a poškozený se mohl dovolat svého práva až u ministra (Elterlein a kol, III, 1984).

6.4.5.2. Etické právní otázky poskytování zdravotní péče

S rozvojem medicíny bylo již v 70. letech 20. století také nutné zabývat se eticko-právní problematikou ve zdravotnictví, která spočívala v řešení následujících situací: provádění náročných lékařských výkonů tam, kde nejsou dostatečné podmínky pro léčbu a vybavenost, interrupce a sterilizace, transplantace orgánů, umělé oplodnění, medicínské pokusy.⁴⁰ Etické a právní otázky se řešily různými právními opatřeními. Umělé oplodnění si vyžádalo právní úpravu směrnice č. 18/1982, kdy se spíše řešila problematika právní než etická, a bylo ustanoveno zachování anonymity dárce a tajnost provedení výkonu. Výzkum a provádění experimentů na lidech byl ošetřen instrukcí č. 57/1975, která upravovala klinické zkoušení léků. Zdeněk Zeman uvádí, že „*pokusy se rozdělují na tzv. pokusy klinické, které se provádějí na nemocných lidech, a pokusy badatelské, které se v podstatě provádějí na zdravých lidech.*“ (Elterlein a kol, III 1984, in Zeman s. 201) V souvislosti s klinickým zkoušením experimentů byly dány podmínky pro výzkum, který již byl ověřen pokusy na zvířatech. Pracoviště musela splňovat tato kritéria: kvalita pracoviště a předepsaná vybavenost, nezbytný souhlas osob s prováděním klinických zkoušek, musela být zabezpečena kontrola a zhodnocení výsledků zkoušek. Další podmínkou bylo získání souhlasu od zdravých osob, kterým byl vysvětlen cíl výzkumu a možná rizika. U osob nezpůsobilých k právním úkonům (děti a mladiství do 18 let a osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům) se vyžadoval souhlas opatrovníků. (Elterlein a kol, III, 1984)

⁴⁰ Například dle Směrnice ministerstva zdravotnictví (č. 24/1977) nemusel být souhlas příbuzných u transplantace orgánů od zemřelých, pokud se prokáže mozková smrt. Toto opatření bylo provedeno s ohledem na rozvoj transplantací v Československé socialistické republice. V oblasti interrupcí byla zřízena správní komise národního výboru, kdy žena mohla požádat o interrupci ze závažných sociálních a zdravotních důvodů, tato komise v 98 % interrupci povolila.

I přes veškerou snahu zabezpečit občanům dobrou a dostupnou zdravotní péči byla v 80. letech 20. století zaznamenána vyšší úmrtnost na kardiovaskulární choroby v porovnání s jinými zeměmi. Dle Hany Janečkové a Heleny Hnilicové můžeme tento fakt vysvětlovat tím, že lidé byli vystaveni vysokému stresu v oblasti psychosociálních potřeb a nespokojenosti s totalitním režimem. (Janečková, Hnilicová, 2009) Do zdravotnického systému v těchto letech nebyly dostatečně zaváděny nové diagnostické léčebné technologie a modernější léčiva.

6.4.6. Rozvoj dostupnosti zdravotních služeb od roku 1970 do roku 1989

Centralizace vedla ale také k tomu, že poklesla společenská prestiž lékařů a zdravotních sester, a byl i malý zájem zdravotníků efektivně řídit léčebně-preventivní péči. Rozvoj socialistického zdravotnictví začal stagnovat v 80. letech 20. století, neboť vynaložené finanční prostředky (2,4 % HDP) nestačily k pokrytí zdravotních potřeb obyvatelstva, zatímco v téže době nastal či pokračoval významný rozvoj zdravotnictví ve vyspělých evropských státech. Vláda dostatečně nereagovala na tuto situaci a nealokovala investiční prostředky do nových technologií, léčiv a podobně. Na tuto problematiku rozvoje především nemocniční akutní péče, která je jednou z příčin nedostatku finančních prostředků, upozornila Světová zdravotnická organizace již v 80. letech 20. století. Doporučila jednotlivým státům změnu ve zdravotní politice a také v alokaci zdrojů tak, aby nebyla zaměřena jen na nejnákladnější péči, ale má být směřována především k prevenci, edukaci a primární péči. V roce 1978 se v Alma-Atě konala mezinárodní konference na téma zabezpečení primární zdravotní péče jako nedílné součásti všech zdravotních politik, a to nejen v rozvinutých státech a v rozvojových zemích. Na konferenci bylo zdůrazněno, že zdraví je základním lidským právem a mělo by být nejdůležitějším společenským cílem. Mělo by se rozvíjet za účasti všech společenských a ekonomických sektorů (Holčík 2009).

Rozvoj ochrany zdraví lidí je nezbytným předpokladem trvalého ekonomického růstu země a přispívá ke zlepšení kvality života lidí. Předpokládaným, respektive stanoveným, časovým horizontem implementace uvedené politiky je rok 2020, kdy by měli všichni lidé na světě dosáhnout přijatelné úrovně zdraví. Dále bylo zdůrazněno, že lidé mají právo a zároveň povinnost podílet se na péči o své zdraví a vlády v jednotlivých zemích nesou plnou odpovědnost za realizaci zdravotních a sociálních opatření, neboť primární péče o zdraví je hlavním prostředkem k dosažení cíle, jímž je zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Účastníci mezinárodní konference vyzvali všechny státy k tomu, aby

formulovaly své strategie a plány činností k zavedení primární péče tak, aby se stala součástí celého zdravotnického systému. Státům bylo doporučeno spolupracovat s mezinárodními organizacemi – WHO a s Dětským fondem OSN–, neboť tyto organizace mohou ovlivnit další rozvoj primární zdravotní péče na celém světě (Holčík, 2009).

Z etického pohledu můžeme tento systém hodnotit jako snahu o nastavení rovnosti při uplatňování práva na zdraví, to je pozitivní stránka tohoto systému. Jako slabá stránka tohoto systému se jeví nízké povědomí obyvatelstva a neschopnost uvědomit si cenu za poskytnutou zdravotní péči, neboť tato péče byla bezplatná. Solidární bezplatný systém neumožnil vytvoření ekonomického náhledu na cenu spotřebované zdravotní péče. Ceny zdravotnických služeb se zvyšují rychleji než v ostatních odvětvích ekonomiky. Jaromír Vepřek, Pavel Vepřek a Jaroslav Janda uvádějí: „*Obecným problémem zdravotnictví je rozpor mezi rychle rostoucí technologickou úrovní zdravotnictví, a tím i rychle rostoucími výdaji, a pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí.*“ (Vepřek, Vepřek Janda, s. 15)

Vznikly tak disproporce mezi růstem hrubého domácího produktu a celkovým růstem ekonomického produktu země. Významný vývoj výdajů na zdravotní péči podměnily zejména následující faktory: rozvoj moderní lékařské technologie (počítačové tomografy, magnetické rezonance atd.) a rozšiřování dostupnosti a nabídky zdravotních služeb pro širší vrstvu obyvatelstva. Dále se jednalo i o velký rozvoj a uplatnění výsledků medicínského výzkumu zejména v oblasti transplantací, asistované reprodukce a v genetické diagnostice, kdy se objevovaly nové kategorie diagnóz (např. chronický únavový syndrom), které bylo nutno léčit, a podobně. V souvislosti s rozvojem moderní medicíny roste i počet chronicky nemocných pacientů (například: chronická onemocnění srdce, vylučovacího systému, onkologická onemocnění), která dříve bezprostředně vedla ke smrti. Hana Janečková a Helena Hnilicová k tomu dodávají: „*Za posledních 20 let (1985–2007) se snížila standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění o 46 % u mužů (453 úmrtí na 100 000 obyvatel) a u žen o 44 % (307 úmrtí na 100 000 obyvatel).*“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 58–59) Z tohoto údaje je patrné, že moderní medicína přispěla ke snížení úmrtnosti, ale také zároveň musí být těmto zachráněným lidem věnována další dispenzární lékařská péče. Tím, že medicína dokázala úspěšně diagnostikovat a léčit různé choroby, které dříve vedly ke smrti, nastal velký problém s počtem osob vyžadujících trvalou lékařskou péči, a to způsobilo v tomto období větší finanční nároky na zdravotní péči o chronicky nemocné.

Rozšiřování dostupnosti zdravotní péče se stalo v rámci implementace systému socialistického zdravotnictví příčinou nadužívání bezplatné zdravotní péče. Zdravotnická zařízení hospodařila neefektivně s finančními prostředky. Tyto a další faktory vedly k tomu,

že zvýšená nabídka služeb produkovala zvýšenou poptávku a mimo jiné došlo i k výrazné asymetrii ve vztahu lékař a pacient, kdy o léčbě rozhodoval lékař. Pacient v péči o své zdraví zastával spíše submisivní roli, neboť paternalistický způsob vztahu mezi lékařem a pacientem přetrvával z minulých let. Naopak v západních zemích se paternalistický přístup lékaře proměnil v partnerství. Helena Haškovcová k této problematice uvádí: „Transformace paternalismu v profesionální partnerství bude nelehká a dlouhodobá. Experti Rady Evropy se domnívají, že bude probíhat nejméně jednu generaci, tedy dvacet pět let.“ (Haškovcová, 2002, s. 65)

Dvacáté století můžeme charakterizovat obrovským rozvojem lůžkové nemocniční péče, lépe a moderně vybavené po personální a technologické stránce. Tento aspekt je jedním z příkladů růstu finančních prostředků, neboť nemocniční péče je jednou z nejnákladnějších forem poskytování zdravotní péče (Holčík, 2008). S tímto problémem se Česká republika stále potýká, neboť ani po 20 letech není dostatečně zajištěna dostupnost terénních a ambulantních služeb a další specializované lůžkové péče o chronicky nemocné.

7. Vývoj zdravotnického systému po roce 1989

V listopadu roku 1989 došlo v naší republice ke změně politického systému a řízení státu, což bylo spojeno se zrušením vedoucího postavení Komunistické strany Československa a přechodem k demokracii. Ke změnám došlo postupně také v systémech zdravotní a sociální péče. Centrálně řízené zdravotnictví nebylo schopné dostatečné adaptace na vývoj medicíny a distribuci finančních prostředků do nových technologií a selhávalo v uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva. Hana Janečková a Helena Hnilicová píší: „Systém byl výrazně podfinancován, chyběly moderní léky, technologická vybavení značně zaostávala.“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 122)

7.1. Reformní změny ve zdravotnickém systému po roce 1989

V roce 1989 byl zahájen proces reformy zdravotnictví postavený na liberalizaci systému. Martin Potůček uvádí: „Výlučné právo státu na poskytování zdravotní péče i všechny ostatní formy monopolizace ve zdravotnictví vedly k poklesu motivace zdravotníků i občanů v péči o zdraví, k jejich oboustrannému odcizení a k odlidštění zdravotnictví. Cestou k řešení tohoto problému bude odstraňování těchto monopolů.“ (Potůček, 1999, s. 124) Byla zahájena transformace systému, kde hlavním cílem liberalizačního procesu ve zdravotnictví bylo ekonomičtější využívání finančních zdrojů a nastavení základních

principů, jako je svobodná volba lékaře, zdravotního pojištění, posílení primární péče a podpora rozvoje sociálních služeb, podpora vzdělání, výzkumu, zdraví a prevence.(Potůček, 1999)⁴¹ Výzkum upozornil na sestupný trend stavu zdraví obyvatelstva, nízkou efektivitu českého zdravotnictví a nespokojenost zdravotníků a veřejnosti se systémem péče. Teze programu zdraví byla v květnu 1990 předložena jako Návrh reformy péče o zdraví tehdejšímu ministrovi zdravotnictví Pavlu Klenerovi.

V roce 1990 byl vládou Československé republiky (Usnesení vlády ČR č. 339 z r. 1990) přijat dokument s názvem Návrh nového systému zdravotní péče. Návrh obsahoval tři etapy reformních kroků, jež měly změnit formu centrálního řízení zdravotnictví. Jedním z kroků bylo vytvoření veřejnoprávního zdravotního pojištění, které změnil systém financování zdravotní péče ze státního rozpočtu na systém pojištění.

S rozvojem zdravotní péče musela zdravotní politika státu reagovat na trendy vyspělých evropských zemí, které vynakládaly vyšší finanční prostředky na pokrytí zdravotních potřeb obyvatel.⁴²

7.1.2. Reformní snahy ve zdravotnickém systému

Reforma byla naplánována do třech etap. První etapa byla zahájena již v roce 1990 a měla odstranit byrokratické bariéry a deformace zdravotnického systému. Druhá a třetí etapa byla plánovaná do roku 1993 se zaměřením na decentralizaci zdravotnického systému směrem na obce. Reformátoři se soustředili na přípravu zavedení systému zdravotního pojištění a dokončení stabilizace nové soustavy péče o zdraví. Předložený materiál byl také zaměřen na efektivitu poskytování lékařské péče, přípravu privatizace zejména ambulantní péče a lékárenství a konkrétní doporučení zavedení zdravotních pojišťoven a financování zdravotní péče.

V prvním období reformy zdravotnického systému dochází v roce 1990 ke zrušení Krajských ústavů národního zdrav. V průběhu roku 1991 zanikly i Okresní ústavy národního

⁴¹ Tato základní tvrzení byla popsána v dokumentu Teze k programu zdraví, který vznikl z iniciativy Občanského fóra zdravotníků ve spolupráci se Společností sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, jež založili dobrovolnou pracovní skupinu (Skupina pro reformu – SKUPR). Pracovní skupina vycházela ze sociologické studie, která se uskutečnila v roce 1980 a byla zaměřena na řízení a financování českého zdravotnictví (Společnost sociálního lékařství, České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně s USLOZ).

⁴² V roce 1990 byla střední délka života u mužů 67 let a u žen 74,5 let. Nemůžeme však říci, že se stejně uspokojivě prodlužovala zdravá délka života u mužů a žen, neboť v období 1990 umíralo na nemoci oběhové soustavy 53,3 % obyvatel z celkového počtu úmrtí. (Janečková, Hnilicová, 2009)

zdraví a vznikla samostatná zdravotnická zařízení. V rámci transformace systému je nutné zmínit obnovení ustanovení České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory, které vznikly na základě zákona č. 220/1991 Sb. (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002). V období reformních kroků nastala změna ve financování zdravotní péče.

7.1.3. Vznik veřejného zdravotního pojištění

Do roku 1991 bylo zdravotnictví financované ze státního rozpočtu. V období změny politického systému v České republice po roce 1989 byla snaha o transformaci zdravotní péče a přeměnu systému financování celého systému (viz kapitola reformní snahy po roce 1989). V roce 1991 byly tehdejší vládou přijaty dva základní dokumenty (zákon ČNR č. 550 z roku 1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění a zákon ČNR č. 551 z roku 1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně Československé republiky), které vyústily v přijetí dalšího zákona v roce 1992 o vytvoření dalších zdravotních pojišťoven (zákon ČNR č. 280/1992 Sb.) omezující privilegované postavení Všeobecné zdravotní pojišťovny. Pojištění zdravotní péče v Československé republice bylo založeno na systému solidarity s garancí státu. Má podobu povinného pojištění, které je uzákoněno povinností odvodu stanoveného procenta do fondu všeobecného zdravotního pojištění, jež je následně přerozdělováno jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Finanční prostředky jsou dále přerozdělovány dle spotřebované zdravotní péče klientů do zdravotnických zařízení, s nimiž má pojišťovna navázán smluvní vztah. Model financování zdravotní péče byl stanoven dle bismarckovského modelu, který odděluje poskytování zdravotní péče od schopnosti zaplatit za péči, tedy formou předplacené zdravotní péče. (Janečková, Hnilicová, 2009) ⁴³

7.1.3.1. Snahy o změnu v dostupnosti v primární péči

Transformace zdravotnického systému měla více podpořit primární péči (praktický lékař, lékař pro děti a dorost, gynekolog, zubní lékař), umožnit klientovi svobodnou volbu při výběru zdravotní pojišťovny a primárního lékaře a svobodný přístup k lékařům specialistům. V rámci alokace zdrojů tato svobodná volba klienta znamenala vyšší poptávku

⁴³Stanovené povinné procentuální částky zaměstnanců (4,5 %) a zaměstnavatelů (9 %). Osoby samostatně výdělečně činné odvádějí měsíční zálohy (13,5 %), za nezaměstnané, matky na mateřské dovolené, děti a seniory se hradí povinné zdravotní pojištění ze státního rozpočtu. Fond spravuje dle zákona Všeobecná zdravotní pojišťovna. (Janečková, Hnilicová, 2009)

po specializovaných službách zdravotní péče, neboť nebyla dostatečně regulovaná zákonem.

Svobodná volba lékaře byla podrobena studii, která se zaměřila na poskytování lékařské péče u specializovaných odborníků v nemocnicích a u praktických lékařů. Studie potvrdila, že 80 % výkonů ve specializovaných ambulancích mohlo být provedeno primárními lékaři (Drbal, 1999). Alena Šteflová se zabývá problematikou důsledků volného přístupu k lékařskému ošetření z pohledu klienta, který může být nadměrně zatěžován zbytečnými vyšetřeními, neboť mezi lékaři nedochází ke společnému sdílení informací o klientovi. Z pohledu alokace zdrojů dochází i k nadměrnému čerpání finančních prostředků na duplicitní vyšetření u klienta, které nejsou nijak kontrolovány (Šteflová, 1998). Ke kritice nastaveného systému péče se připojuje Zdenek Papež, jenž se věnuje využití akutní lůžkové péče. Ta je z hlediska alokace zdrojů neefektivní a přesahuje svou kapacitou nad zdravotními potřebami obyvatelstva (75 % finančních prostředků ze zdravotního pojištění se alokuje do akutní lůžkové péče). Svobodná volba klienta a neregulovaná dostupnost akutní a specializované péče je ve srovnání se zeměmi západní Evropy nadměrně využívána v porovnání s četností hospitalizací, jejich opakování a také délkou ošetrovacích dní (Papež, 1998). Bylo tedy nutné zákonným opatřením reagovat na příliš liberální systém dostupnosti zdravotní péče regulačními mechanismy.

7.1.3.2. Regulační mechanismus omezující nadužívání péče

V roce 1997 byl přijat zákon (č. 48/1997 Sb.) o veřejném zdravotním pojištění, který stanovuje rozsah poskytované zdravotní péče z veřejného pojištění. V dohodovacím řízení se dále novelizuje ve spolupráci s pojišťovnami, poskytovateli zdravotní péče a s dalšími odbornými společnostmi, profesními sdruženími a patientskými organizacemi. V rámci dohodovacích řízení se stanovuje rozsah, regulace a objem zdravotní péče, který se pravidelně vydává v seznamu výkonů (tzv. Úhradová vyhláška).⁴⁴ Zdravotní služby by měly na sebe vzájemně navazovat, aby byla vytvořena dostupná síť pro obyvatele a byla zajištěna kontinuita poskytované péče.

Dostupnost péče posuzujeme dle geografické dostupnosti, která hodnotí dosažitelnost služby v místě bydliště nebo běžnou veřejnou dopravou. Mezi další kritéria patří časová dostupnost, určující dosažitelnost v časovém horizontu dle zdravotní potřeby. Ekonomická dostupnost je přijetí takového systému financování, aby každý člověk byl ošetřen bez ohledu

⁴⁴ Poskytovatelé uzavírají s pojišťovnami smlouvy o úhradě zdravotní péče, které by měly odpovídat zdravotním potřebám obyvatelstva v daném regionu.

na to, zda má či nemá finanční prostředky (Janečková, Hnilicová, 2009).

Od roku 2005 bylo zavedeno tzv. 100% přerozdělení, které přerozděluje finanční prostředky mezi zdravotní pojišťovny na základě stanoveného nákladového indexu.⁴⁵ Toto přerozdělování bylo zavedeno pro zachování solidarity mezi bohatými a chudými a zdravými a nemocnými, neboť u menších pojišťoven může docházet ke kumulaci lukrativnějších klientů, kteří mají vyšší výdělky než ostatní socioekonomické skupiny (např. Vojenská zdravotní pojišťovna, Pojišťovna Ministerstva vnitra a další pojišťovny).

7.2. Procesy privatizace a alokace zdrojů

Proces privatizace zdravotních služeb byl zahájen právním předpisem (Vládní usnesení č. 141 ze 4. 3. 1992), který umožnil přechod vlastnických práv ze státu na města a obce a na fyzickou či právnickou osobu. Dále vznikl fond zdravotního pojištění, který spravovala Všeobecná zdravotní pojišťovna (zákon č. 592/1992 Sb.). Ta byla dle Martina Potůčka koncipována jako národní instituce, jež měla zajišťovat rovný přístup a solidaritu ve zdraví všem občanům. Dále Martin Potůček uvádí: „*V roce 1992 přijal Parlament zákon umožňující vznik dalších (rezortních, oborových a podnikových) zdravotních pojišťoven. Vzniklo jich nakonec dvacet sedm. Legislativa ovšem upravovala pravidla jejich hospodaření, informování o činnosti a kontrolní pravomoci státu zcela nedostatečně.*“ (Potůček, 1999, s. 135)

V důsledku nedostatečné kontrolní činnosti managementu, který neměl odpovědnost za hospodaření, ukončilo v roce 1998 mnoho pojišťoven svou činnost a zůstalo jich pouze deset. Financování zdravotních zařízení bylo zajištěno na principu plateb z prostředků zdravotního pojištění podle bodového ohodnocení (fee-for-service). Způsob úhrady způsobil již v roce 1993 problémy v hospodaření některých pojišťoven a celkový finanční propad v roce 1994 činil 912 miliónů Kč (Potůček, 1999). Martin Potůček píše: „*Krise soustavy financování zdravotnických zařízení, postaveného na platbách za výkony, vedla nakonec k jeho postupnému opouštění.*“ (Potůček, 1999, s. 136) Jako základ financování primární péče byla stanovena kapitační platba dle počtu registrovaných pacientů, a lůžková zařízení přešla na financování formou rozpočtového paušálu. V této souvislosti je třeba uvést, že od roku 1990 rostly i výdaje z veřejných rozpočtů na zdravotnictví a spoluúcast pacientů na

⁴⁵ Nákladový index je stanoven dle jednotlivých věkových skupin (18 skupin) a kompenzuje 80 % nákladů u pojištěnců, kteří během roku překročili 30násobně náklady na průměrného pojištěnce.

poskytnuté zdravotní péči.⁴⁶ Dalším důležitým zákonem podporujícím privatizaci byl zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (zákon č. 160/1992 Sb.), který umožnil kromě jiného i vznik soukromých praxí lékařů a zároveň stanovoval smluvní podmínky se zdravotními pojišťovnami (Seznamem výkonů s bodovými sazbami za výkon). Ke konci roku 1992 v důsledku změny v řízení zdravotní péče vznikly 3965 samostatných právních subjektů, a z toho bylo 1012 ve státním sektoru a 2953 v nestátním sektoru (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002).

7.3. Etapy privatizace zdravotnického systému

Na jaře 1992 byl vypracován seznam zdravotnických zařízení určených k privatizaci Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem pro správu národního majetku. Seznam obsahoval celkem 648 objektů za 25–30 miliard korun. Tento materiál schválila vláda v červnu v roce 1992 (Potůček, 1999). Další kroky privatizace následovaly: vládní usnesení z roku 1993 (č. 137 ze dne 24. 3. 1993) rozhodlo o postupu privatizace zdravotnických zařízení. Byly stanoveny následující kategorie zdravotnických zařízení:

- **Kategorie A:** zařízení, kde nebylo nutné regulovat strukturu a rozsah poskytované zdravotnické péče a neměla monopolní postavení. Provozovatel se musel zavázat, že uzavře smlouvu se zdravotní pojišťovnou a bude poskytovat zdravotní péči v souladu s veřejným zájmem po dobu nejméně 10 let.
- **Kategorie B:** zdravotnická zařízení, která měla monopolní postavení ve zdravotnickém systému a nabyvateli byla stanovena povinnost zachování struktury zdravotní péče nebo mohl rozšířit spektrum zdravotních služeb, nesměl však žádnou z poskytovaných zdravotních služeb snížit ani zrušit.
- **Kategorie C:** zdravotnická zařízení, která není možné zprivatizovat, neboť podléhají výkonu státní správy a kontrole, a mají celorepublikovou působnost (fakultní nemocnice, SUKL, odborné léčebné ústavy atd.). (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002)

Jaromír Vepřek, Pavel Vepřek a Jaroslav Janda k problematice privatizace uvádějí následující: „*Vláda začala schvalovat privatizační projekty v září 1993. V důsledku privatizace doznala síť zdravotnických zařízení výrazných změn. (...) Zatímco ke konci r.*

⁴⁶ Pro ilustraci uvedu náklady veřejných výdajů v roce 1990, které činily 5,19 % HDP, a spoluúčast pacienta byla 3,3 % na celkových výdajích, v roce 1996 bylo alokováno 6,77 % HDP a spoluúčast vzrostla na 10,6 %. (Potůček, 1999, s. 137)

1992 existovalo 1012 samostatných právních subjektů sdružujících asi 6500 zdravotnických zařízení, ke konci 1993 to bylo již 14 756 samostatných právních subjektů.“ (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002, s. 28) Největší rozsah privatizace proběhl v ambulantní péči, kdy 55 % této péče bylo převedeno na nestátní ambulantní péči.

Martin Potůček k procesu nedokončené privatizace v lůžkové péči uvádí: „*Faktická realizace privatizace ve zdravotnictví – formou převodu vlastnických práv na soukromé subjekty proběhla úspěšně tam, kde šlo o majetek nižší pořizovací hodnoty (tedy jednotlivé ambulance, nebo malé polikliniky či nemocnice). Ambiciózní představy o převodu většiny nemocnic do soukromých rukou se nakonec neuskutečnily ne kvůli nevlí politiků či státních úředníků, nýbrž z mnohem prozaičtějších důvodů kvůli neochotě, nepřipravenosti či nesolventnosti potenciálních vlastníků. Ani bankovní sektor nebyl ochoten poskytovat půjčky na investice do sektoru, který jak se postupně ukazoval, vykazoval všechny stránky nestability.*“ (Potůček, 1999, s. 140)

V období reformních změn bylo nutné získávat relevantní data o stavu zdraví české populace, jeho determinant a vztahu nastaveného zdravotnického systému pomocí empirických výzkumů. Tyto aspekty vedly k založení vědeckovýzkumné činnosti a obnovy činnosti oboru veřejného zdravotnictví. Byl založen Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) v Kostelci nad Černými lesy iniciativou Petra Hávy, který se stal ředitelem institutu. Přínos institutu byl nejen ve shromažďování/vyhodnocování výsledků empirických výzkumů, které byly zaměřeny na zdraví populace, ale také byla věnována pozornost studiu zahraničních zdravotnických systémů. Institut byl rozhodnutím bývalého ministra zdravotnictví Davida Ratha v roce 2006 zrušen. (Janečková, Hnilicová, 2009)

7.4. Deficitní hospodaření ve zdravotnickém systému

Transformační kroky v oblasti zdravotnictví zvyšovaly alokaci finančních prostředků do zdravotnického systému, nicméně ani to nezabránilo dalším problémům financování této oblasti. V roce 1993 se začalo zdravotnictví dostávat do finančních problémů a z hlediska alokace zdrojů bylo nutné řešit stále se zvyšující náklady. V tomto roce byly definovány různé možné příčiny deficitního hospodaření. Mezi hlavními byl mj. rozvoj privatizace zdravotnických zařízení (48 % ošetření v soukromých ambulantních zařízeních a 10 % v soukromých lůžkových zařízeních z celkové počtu ošetřených klientů).⁴⁷ Vzrostl také

⁴⁷ Výdaje v rámci zdravotní péče od počátku transformace, tj. od roku 1989 do roku 1993, vzrostly z 5,19 % HDP na 6, 77% HDP. Mezi další příčiny růstu výdajů na zdravotnictví patří i zvýšení

počet lékařů specialistů, kteří rozšířili nabídku lékařských služeb tím, že si zařizovali soukromé ambulance a zároveň pracovali na základní úvazek v nemocnicích.

Významnou složku růstu nákladů představovala léčiva: výdaje na ně vzrostly ze 108 % v roce 1989 na 147 % v roce 1993. Meziroční růst výdajů na léky byl o 24 % vyšší a byl způsoben vstupem zahraničních farmaceutických firem na trh, zvýšením cen za léky. Další determinantou deficitu bylo zvýšení platů u pracovníků lékařských a nelékařských oborů: z 2,47 % v roce 1989 na 32,64 % roku 1993 – to znamenalo, že se platy zdravotníků zvýšily 2,4krát. Mezi další příčiny růstu výdajů na zdravotnictví patří rovněž nevhodná struktura lůžkového fondu, která neodpovídala zdravotním potřebám obyvatelstva a byla neefektivně řízena. (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002)⁴⁸

7.5. Koncepční návrhy změny deficitního hospodaření zdravotnického systému

Neustálé zvyšování finančních prostředků bylo nutné řešit, a tak v roce 1994 zahájil expertní práci Jaromír Vepřek s kolektivem odborníků. Zabývali se analýzou zdravotnického systému s návrhem řešení financování zdravotní péče. Bylo nutné provázat zdravotnický systém s daňovým systémem, sociální a zdravotní politikou státu a s návrhem na vytvoření optimálního zdravotnického systému, založeného na solidárním systému (systém předplacené péče). Bylo tedy třeba stanovit regulaci a rovnováhu mezi poptávkou a nabídkou, která bude v přímé souvislosti s ekonomickými možnostmi státu. Expertní tým stanovil požadavky na vhodný systém úhrad zdravotní péče respektující určité zásady efektivního využívání finančních prostředků a stimulaci celé populace i jednotlivců, kteří by se sami měli podílet na udržení a rozvoji svého zdraví. Navrhovaná opatření se snažila respektovat v souladu s etickými hodnotami, dostupnost a spravedlivý přístup k péči bez rozdílu pro všechny vrstvy obyvatelstva. Koncepce zdravotnického systému řešila

investičních prostředků na nákup nových technologií, které se ze 1,7 miliard Kč v roce 1989 navýšily na 4 miliardy Kč v roce 1990.

⁴⁸ Největší zdravotní pojišťovna (Všeobecná zdravotní pojišťovna) vynaložila v roce 1993 na nemocniční lůžkovou péči 67,2 % finančních prostředků ze svého rozpočtu a soukromá ambulantní zařízení spotřebovala 16,4 % z rozpočtů veřejného zdravotnictví. Oproti tomu státní ambulantní zdravotnické zařízení spotřebovalo 6,6 % nákladů a to znamená, že jednu třetinu nákladů tvořila ambulantní péče a zbytek finančních nákladů byl alokován především do lůžkových zařízení. (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002)

především návrhy úhradového systému v primární péči, kde navrhovala dvě možné varianty řešení.

Varianta č. 1: výkonový systém, který by znamenal úpravu bodového systému za jednotlivé výkony, ale také zároveň by reguloval poskytovanou péči za posílení kontrolní činnosti revizních lékařů. Varianta 1 předpokládala vytváření finanční rezervy od klienta v roční výši 3000 Kč a pojišťovna bude proplácet poplatky ve zdravotnických zařízeních ze svého účtu. Pokud pacient nevyčerpá finanční částku, bude mu převedena na další rok se sníženou platbou.

Varianta č. 2: kapitační systém úhrad formou fixní částky za registrovaného klienta a zavedení spoluúčasti klienta (20–30 Kč) za návštěvu lékaře. Kombinovaný způsob úhrady, kapitační složka a výkonový systém úhrady, který měl podpořit svobodnou volbu klienta v primární péči, a zároveň navrhoval regulační opatření formou stanovení počtu klientů na jednoho lékaře. Specializovaná ambulantní péče měla být vymezena novými podmínkami, klient by musel za návštěvu specialisty bez doporučení od primárního lékaře zaplatit poplatek 45 Kč. Pokud by specialista přebíral dočasně zdravotní péči o klienta v jasně definovaných zdravotních událostech, klient by neplatil žádný poplatek. Tato navrhovaná reforma měla omezovat ambulantní specializovanou péči bez doporučení a zároveň měla posilovat roli primárních lékařů.

Reformátoři vycházeli z faktu, že nemocniční péče byla jednou z nejnákladnějších sfér, která činila v roce 1993 67,3 % všech veřejných výdajů na zdravotní péči. Byli toho názoru, že tato péče je poskytována neekonomicky, neefektivně, medicínské výsledky často neodpovídají zlepšení zdravotních potřeb klientů. Současně upozornili na nerovnováhu mezi lůžkovým fondem v jednotlivých regionech a často se zbytečně indikují výkony na lůžku, které mohou být provedeny v ambulantní složce. Reforma nabízela řešení této problematiky finanční regulací od klientů a to platbou za hotelové služby, v rámci platby za ošetrovací dny.⁴⁹ Byla navržena i výše spoluúčasti a limity, které podporovaly nastavený solidární systém zdravotní péče. Dále měl nově navržený systém podporovat rozvoj komerčního způsobu připojištění a formu individuálních účtů. Varianta č. 2 předpokládala rozdělení

⁴⁹ Spoluúčast klientů za hotelové služby (teplo, strava, praní ložního prádla) v nemocnicích znamenala, že měla být stanovená fixní částka za každý den pobytu od 10-15 dní hospitalizace, kdy nastává sestupná platba od klientů. Zdravotní péče není součástí poplatku, neboť klient nemůže sám ovlivňovat průběh léčení. Byla navržena i výše spoluúčasti a limity, které podporovaly nastavený solidární systém zdravotní péče. (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002)

částky na dvě složky, 10 % by bylo převedeno na solidární pojištění a 3,5 % na individuální účet klienta. (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002)

Obě navržené formy předpokládaly platbu za spoluúčast formou kuponové knížky, která by byla vystavena na jméno pojištěnce. Pokud by klient nevyčerpal celou částku, mohl by si vybrat finanční odměnu. V opačném případě po vyčerpání finančních prostředků by hradil spoluúčast v hotovosti. Reformátoři se přikláněli k navržené variantě č. 1, neboť podporuje dosud nastavený solidární systém pojištění. Tato analýza s návrhy řešení byla předložena Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví (PS PČR) jako „Analýza současného stavu a cílové záměry transformace zdravotnictví v České republice“, výbor však tuto navrhovanou transformaci nepřijal. (Návrh Koncepce zdravotnictví na léta 2005–2009)

7.5.2. Přehled koncepčních návrhů

Od roku 1996 až do roku 2007 bylo předloženo celkem 21 koncepčních materiálů k transformaci a reformě zdravotnického systému, zabývající se efektivnějším financováním zdravotní péče. Jejich autory byly různé politické strany (ČSSD, ODS) a organizace (např. Svaz pacientů, Lékařský odborový klub, Svaz zdravotních pojišťoven, Americká obchodní komora v ČR a další). Materiály se zabývaly konsensuálním řešením budoucnosti financování a strategií českého zdravotnictví. Pro ilustraci níže uvedu některé z nich zabývající se reformou zdravotnického systému.

Významnou změnu v rámci restrukturalizace akutních lůžek na lůžka ošetrovatelské péče v roce 1997 předložil bývalý ministr zdravotnictví Jan Stráský. V rámci transformace lůžkové zdravotní péče se podařilo snížit počet akutních lůžek o 20 000, která byla převedena na 11 000 ošetrovatelských lůžek. Na základě výběrového řízení (podle zákona č. 48/1997 Sb.) se určoval rozsah zdravotní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Výběrová řízení se konala na základní a specializovanou zdravotní péči s cílem vytvořit dostupnou síť zdravotnických zařízení dle zdravotních potřeb obyvatelstva.⁵⁰ Součástí reformy bylo také řešení dostupnosti z hlediska alokace zdrojů a také časová a geografická dostupnost. Finanční dostupnost zdravotní péče pro občana je zajištěna veřejným zdravotním pojištěním, časová a geografická dostupnost pak vytvořením sítě primární

⁵⁰ Byly stanoveny kapacity akutní lůžkové péče ve třinácti oborech (4,5 lůžka na 1000 obyvatel) a kapacity léčebně dlouhodobé péče (2 lůžka na 1000 obyvatel) a následně na specializovanou zdravotní péči (půl lůžka na 1000 obyvatel). (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002)

a specializované péče v jednotlivých regionech. Jaromír Vepřek, Pavel Vepřek a Jaroslav Janda k reformním krokům uvádějí: „*Na vývoj systému velmi negativně působilo, že celý proces transformace zdravotnictví byl silně politicky zabarven. Funkce ministra je funkcí politickou, takže je pochopitelné, že se změnou vládnoucí politické garnitury dochází ke změně. Pro koncepční práci resortu je však velmi škodlivé, jestliže se během 11 let u vlády vymění sice jen 3 politické garnitury (vlády vedené Klausem, Tošovským a Zemanem), ale 9 ministrů.*“ (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002, s. 43) Nutno podotknout, že připravované reformy zdravotnického systému se neuskutečnily, respektive uskutečnily se pouze některé kroky, což vedlo k nesystémovým změnám.

V březnu roku 1999 byl předložen návrh Úřadu vládu České republiky s názvem Koncepce zdravotnictví – dlouhodobý program vlády, jako koncepce Ministerstva zdravotnictví. Návrh uváděl následující cíle: princip solidarity, dosažení maximální možné cenové, místní a časové dostupnosti kvalifikované péče v dostatečném rozsahu, státní garance dostupnosti a kvality, důraz na prevenci ve zdravotní péči, veřejné zdravotnictví a dosažení vyšší ekonomické efektivity.

7.5.3. Projekt Českého zdravotnického fóra

V roce 2002 byl uskutečněn projekt Českého zdravotnického fóra za účelem zjištění, zda jsou občané ochotni akceptovat spoluúčast na zdravotní péči (ČZF, 2003). Hlavními řešiteli byla Jiřina Musílková z Všeobecné zdravotní pojišťovny a Bohumil Seifert z České lékařské společnosti, kteří konstatovali, že se neustále zvyšují finanční prostředky na poskytovanou péči a stále se zvyšuje také nespokojenost klientů se zdravotní péčí. Výsledky projektu poukázaly na možná rizika zavedení spoluúčasti a možnost bariér v přístupu k primární péči pro všechny socioekonomické skupiny. Ambicí řešitelů byla také myšlenka definování standardní péče z veřejných zdrojů. Uskutečněná studie přinesla tyto závěry: a) starší respondenti ve srovnání s mladšími více zdůrazňují princip solidarity, považují ho za nutný a fungující, b) u starší generace se projevuje pasivní přístup ke zdraví, který panuje také ve vztahu lékař-pacient, c) v rámci vztahu k lékaři je uplatňován spíše paternalistický model, kdy lékař je brán téměř jako nedotknutelná autorita, d) starší respondenti se necítí být spoluodpovědní za vlastní zdraví a nesouhlasí s finanční spoluúčastí, e) mladší respondenti jsou ochotni připustit, že stávající systém financování zdravotnictví není únosný a že zavedení finanční spoluúčasti bude velice nutné, f) obě skupiny se shodují v tom, že Češi

obecně zaujmou k zavedení finanční spoluúčasti negativní, spíše pasivní postoj (Projekt Českého zdravotnického fóra, 2003).

7.5.4. Koncepce ministra zdravotnictví Josefa Kubinyiho

Ministr zdravotnictví Jozef Kubinyi předložil v období roku 2004–2005 materiál „*Základní teze koncepce systému zdravotnictví*“, zabývající se především problematikou standardizace péče, sledováním kvality péče a jejím vyhodnocování. Navržená reforma měla zabránit dalšímu deficitu finančních prostředků v sektoru zdravotnictví. Teze obsahovaly zejména vymezení role státu, krajů a samotného pacienta v systému zdravotnictví. Reforma také spočívala v zavedení spoluúčasti a poplatků za ambulantní péči, lázně, stravu ve zdravotnických zařízeních, dopravu a recepty. Diskutovalo se o výši ročního limitu 4–5 tisíc na jednoho klienta s možností nastavení sníženého zdravotního pojištění a daňového zvýhodnění. Dále bylo navrhováno, aby stát neplatil za pojištěnce, jako jsou děti a ženy na mateřské dovolené, tato povinnost platit zdravotní pojištění by přešla na živitele rodiny, který by od státu měl finanční kompenzaci v podobě daňových úlev. Důchodci a nezaměstnaní by zdravotní pojištění hradili z navýšení důchodu a dávek v nezaměstnanosti. Tato koncepce se neprosadila, neboť opět došlo ke střídání ministrů (Přehled koncepčních materiálů ve zdravotnictví v ČR).

7.5.5. Koncepce Jaromíra Vepřeka a jeho spolupracovníků

Jaromír Vepřek se zabýval analýzami a návrhy možných reforem již v roce 1995 a spolupracoval na návrhu reformy ve zdravotnickém systému v roce 2005. Navrhl hlavní cíle a změny ve zdravotnickém systému. Pavel Vepřek uvádí: „*Navržené reformní kroky sledují cíle a cesty zvýšení efektivity fungování v několika rovinách (makro, mikro, národní, regionální, lokální, v segmentech jednotlivých služeb, v motivaci odpovědného jednání jednotlivých poskytovatelů či plátců služeb, ale také veřejné správy, participace občanů).*“ (Vepřek, 2006)

Celá koncepce reformy měla být zaměřena zejména na regulaci trhu ve zdravotnictví a posílení role a postavení občana v systému. Občan by měl mít dle Pavla Vepřeka aktivní postavení v systému, které by se řídilo dle jeho zdravotních potřeb, a nesměl by být pouze pasivním konzumentem. Svou reformu stavěl na třech základních pilířích:

- řešit příčiny a důsledky deficitu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen VZP);

- stabilizovat vývoj nákladů systémů veřejného zdravotního pojištění a nemocnic;
- optimalizovat síť zdravotnických služeb.

Návrhy řešení shrnul do deseti bodů, mezi kterými bylo i řešení sběru dat pro provedení analýz výsledku hospodaření pojišťoven a jednotlivých lůžkových zdravotnických zařízení. Dále se zabýval tématem organizační úpravy a právní subjektivity lůžkové péče, kde doporučuje neziskovou formu oproti obchodním společnostem. Dále navrhoval vytvoření tržního prostředí na straně poskytovatele, kdy by všichni aktéři měli rovnoprávné postavení a volný vstup na trh služeb.⁵¹ Ve svém materiálu poukázal na práci zdravotních pojišťoven, které hospodařily bez motivace a měly omezenou pravomoc při rozhodování v alokaci zdrojů. Navrhoval transformaci zdravotních pojišťoven, které měly být pod veřejnou správou nově vzniklé instituce Servisní organizace zdravotního pojištění.

Nová instituce měla na bázi solidarity přerozdělovat veřejné zdravotní pojištění dle individuálního rizika pojištěnce, spravovat registry plátců a poskytovatelů. Systém financování dle DRG (platba za ukončenou diagnózu) systémů a kapitačních plateb měly nastavit jiný způsob financování péče. Dalším krokem byla transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti pod dohledem Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Pavel Vepřek se domníval, že tento nový způsob řízení by vedl k motivaci, efektivnosti a zároveň by zvyšoval kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb a snížil by tak současně riziko náborů mladších a zdravějších pojištěnců, jak tomu bylo u konkurenčních pojišťoven kromě VZP. Občan by se měl v tomto navrženém systému stát zákazníkem, který nakupuje služby vždy ve chvíli zdravotní potřeby. Dle svého zdravotního stavu a s přihlédnutím k zdravotnímu riziku by své pojišťovně odvedl finanční příspěvek, který by byl rozdělen na dvě části (pevná část platby by se odváděla do solidárního fondu a další část by byla převedena pojišťovně).

Dalším krokem navržené reformy byla regulace, která se skládala ze třech pohledů: kompenzace sociálního a zdravotního rizika a ochrana spotřebitele. Kompenzace sociálního rizika by byla dána nastaveným solidárním systémem veřejného zdravotního pojištění. Kompenzace zdravotního rizika by vycházela ze statistických výpočtů dle věku a pohlaví, kdy by byly finanční prostředky přerozdělovány podle věkových kategorií. Ochrana

⁵¹ Z celkového počtu poskytovatelů zdravotnických služeb by primární a specializované péče a 10 % akutní lůžkové péče bylo v soukromém vlastnictví. Dalších 50 % lůžkové péče by bylo převedeno na kraje a 40 % lůžkového fondu by mělo formu státních příspěvkových organizací.

spotřebitele by spočívala v zajištění bezpečnosti poskytované zdravotní péče, přičemž pojišťovny by musely garantovat péči, ale také by musely být otevřené ke všem zájemcům bez ohledu na zdravotní rizika a měly by vytvářet finanční rezervy na případnou nákladnější péči o své klienty. Další ochrana spotřebitele by spočívala v oblasti bezpečného používání zdravotnických technologií dle pravidel Evropské unie a byl by kladen větší důraz na kvalitu zdravotní péče. Třetí úkol by byl na straně regulátora trhu, který by zajišťoval stát svou výkonnou, legislativní a soudní mocí a nově zřízené Úřady pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, jež by monitorovaly chování pojišťoven. Dále odborná veřejnost (lékařská, lékárnická, stomatologická komora) by zajišťovala odborný dohled nad poskytováním zdravotní péče.

Provozní regulaci zdravotní péče by sledovala nově zřízená instituce pověřená výkonem veřejné správy, Servisní organizace zdravotního pojištění. Návrh reformy (Vepřek, 2006) by řešil:

- dostupnost a volný přístup k informacím o zdravotních pojišťovnách;
- nastavení kvality a zvýšení bezpečnosti občana v systému;
- podporu solidárního systému přerozdělování finančních prostředků vůči nemocným.

7.5.6. Koncepce zdravotnictví České republiky na období 2005-2009

Bez ohledu na navrhovanou reformu byla na Ministerstvu zdravotnictví České republiky připravena koncepce zdravotnictví na léta 2005–2009, která vycházela ze základních principů českého a evropského zdravotnictví, Zdraví 21 a z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Dále vycházela z těchto etických hodnot: zdraví jako základní lidské právo, ekvity a účasti a odpovědnosti jedince i skupin za rozvoj zdraví. Koncepce měla garantovat, že péče o zdraví je významným veřejným zájmem, a má vést ke správnému nastavení jednotlivých cílů v oblasti zdravotní politiky. Obsahovala jednotlivé reformní kroky, jejichž cílem bylo zvýšení medicínské a technické efektivity fungování zdravotnického systému, a to v několika rovinách: ekonomické, národní, regionální a místní. Dále se kladl velký důraz na motivaci a odbornost jednotlivých poskytovatelů či plátců, veřejné správy a v neposlední řadě byla zvýrazněna role občana. V koncepci byly obsaženy střednědobé a dlouhodobé cíle a způsoby naplňování těchto cílů, vycházející z hodnocení jednotlivých problémových oblastí. Tento materiál velice přehledně a kriticky hodnotil

dostupnost, která nebyla vždy přizpůsobena zdravotním potřebám obyvatel, zhoršující se kvalitu a bezpečnost poskytovaných služeb.

Ve střednědobém výhledu (2006–2009) byl stanoven prioritní cíl: stabilizace hospodaření v systému zdravotního pojištění a zvýšení efektivity poskytované zdravotní péče občanům. V rámci tohoto cíle byly specifikovány okruhy směřující především ke zlepšení zdravotního stavu jedince a jeho determinant a postavení občana a naplňování práv pacientů v systému.

Dále se koncepční materiál zaměřil na efektivitu a účelnější alokaci zdrojů z veřejného zdravotního pojištění, vytvoření optimální sítě zdravotnických služeb, zavedení racionální farmakoterapie v praxi a rozvoj nástrojů pro měření a hodnocení kvality poskytované péče. Součástí reformy bylo také hospodaření a optimalizace nákladů zdravotních pojišťoven, které měly vést k celkové úspoře ve zdravotnickém systému. Na závěr je nutné uvést, že návrh této koncepce sice vycházel z etických hodnot a z dalších logických a podle mého názoru rozumných zásad, ale dosud se jeho vize nepodařila naplnit. Důvodem mohla být i politická nestabilita v České republice, kdy si každý vládnoucí politik připravuje svoje reformní kroky, které nejsou zpravidla diskutovány s širokou odbornou ani laickou veřejností.

7.5.7. Koncepce ministra Tomáše Julínka

Jako příklad nesystémového postupu můžeme uvést reformu bývalého ministra Tomáše Julínka v období 2006 až 2008, která měla vést ke stabilizaci veřejných rozpočtů a regulaci chování klientů v přístupu ke zdravotní péči. Bohužel s tímto zákonem č. 261/2007 Sb. v platném znění o stabilizaci veřejných rozpočtů nepřišly další navazující legislativní kroky a reformní opatření vymezující péči hrazenou v plné výši z veřejného zdravotního pojištění. Tento zákon měl dle bývalého ministra Tomáše Julínka odvrátit kolaps českého zdravotnictví, neboť v roce 2015 bude deficit v systému zdravotního pojištění zhruba kolem 30 miliard Kč. Reforma měla být zaměřena na zamezení plýtvání (10 miliard Kč ročně za zbytečně přepsané léky), na účinný státní dohled nad zdravotním pojištěním, na kvalitu a bezpečnost poskytované péče. *„Pacient dle ní měl být vnímán jako zákazník, který měl přesně znát, na co má nárok z veřejného pojištění, a co si musí připlatit, a mělo tak dojít k omezení korupčního jednání ve zdravotnictví. Regulační poplatky dle Tomáše Julínka byly základním stavebním kamenem, který posílí solidaritu zdravých s nemocnými, zvýší se ekonomická motivace občanů ke zdravějšímu životnímu stylu a omezí zbytečné návštěvy*

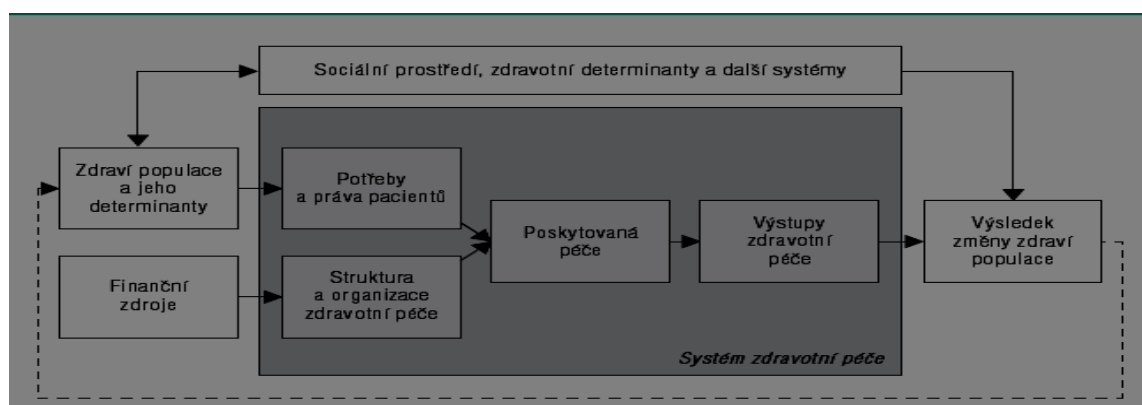
u lékařů.“ (Julínek, 2008) Zákon vyvolal mezi vládou a vládní opozicí České strany sociální demokracie (dále jen ČSSD) a Komunistické strany Čech a Moravy (dále jen KSČM) velké emoce a mnoho diskusí u odborné i laické veřejnosti. Opoziční politické strany se snažily od jeho schválení zákon zrušit a podaly ústavní stížnost k Ústavnímu soudu České republiky.

Vzhledem k tomu, že regulační poplatky byly předmětem mnoha dlouhodobých diskusí a zájmu médií i veřejnosti, věnuji jim v následujícím textu zvláštní pozornost. Osobně se však domnívám, že se jednalo o problém do značné míry zástupný, a to jak ze strany předkladatele, tak oponentů. Ve spektru všech problémů zdravotnictví jde o záležitost zcela okrajovou, avšak takovou, která na dlouhou dobu odpoutala pozornost od řešení nejdůležitějších problémů zdravotnického systému (viz Regulační poplatky v roce 2008, kapitola 4). Na Ministerstvu zdravotnictví vznikl projekt, který se zabýval problematikou zdravotnického systému v porovnání s jinými zahraničními zdravotnickými systémy v Evropě. Tento projekt měl přispět k nastavení ekonomické udržitelnosti zdravotnického systému s využitím příkladů dobré praxe v jiných evropských zemích.

8. Projekt Kulatý stůl českého zdravotnictví

Projekt Kulatý stůl byl iniciován vládou České republiky v roce 2007. Jeho úkolem bylo analyzovat systém zdravotní péče z různých pohledů a z vydaných koncepčních materiálů týkajících se zdravotnictví. Dále měl z výsledků analytické fáze vypracovat návrh koncepce možných změn českého zdravotnictví do roku 2050 se zaměřením na demografické změny v populaci (Zpráva o možných změnách, 2009). V projektu byly vytvořeny dílčí zprávy k problematice zdravotnictví v České republice se zaměřením na dokument, který identifikuje oblast financování systému zdravotnictví. Jako příklad k výchozím úvahám byl zvolen graf analyzující procesy ve zdravotnictví v Projektu Kulatý stůl.

Graf 2: Komparativní analytické schéma procesů ve zdravotnictví



Zdroj: Jakubowski, Chambers, (1998) převzato ze Zprávy o možných změnách zdravotnictví v ČR.

8.1. Vymezení problémových okruhů českého zdravotnictví

Problémové okruhy českého zdravotnictví

V tomto projektu byly vytyčeny základní problematické okruhy českého zdravotnického systému, které jsou nutné do budoucna řešit, jako například nedostatečná znalost přínosu zdravotní péče a jasné vymezení práva na zdravotní péči. Odborníci se vyjádřili k neustálému narůstání finančních nákladů na zdravotní péči, a k významné nerovnováze alokace těchto prostředků ve prospěch klientů. K velmi významným faktorům patří nízká úroveň zdraví, která v důsledku znamená vyšší potřebu zdravotní péče.

Vnímání úrovně zdraví souvisí s nízkou zdravotní gramotností občanů a nedostatečnou preventivní činností. Řešení tohoto problému vidí odborníci ve zvýšené motivaci a zapojení občana do péče o vlastní zdraví (Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, 2009).

Pojednání o zdravotní gramotnosti jako výchozím nástroji k rozvoji osobnosti a posílení role jedince v systému zdravotní péče popisuje Jan Holčík a je ve shodě s pracovním týmem projektu Kulatého stolu (Holčík, 2009). V České republice je nedostatečná a nevhodná struktura zdravotní péče, neboť je zde nejvíce aplikován akutní model péče, ve kterém je opomíjen demografický vývoj obyvatelstva. Bude nutné nastavit model zdravotně sociální péče (dlouhodobá péče), který tento vývoj respektuje. Nové nastavení jednotlivých segmentů zdravotní péče bude potřebovat zejména transformaci akutní lůžkové péče do modelu „aktivní péče“, tedy nastavení posloupnosti péče akutní – následně dlouhodobé. V této souvislosti bude nutné se zaměřit na vzdělávání nelékařských a lékařských pracovníků, na individuální přístup k pacientovi či na efektivnější využívání informačních technologií, které přispějí ke zlepšení koordinace a sdílení informací mezi

lékařským a nelékařským personálem. Jedním z nejdůležitějších prvků je také definování základního standardu zdravotní péče financovaného z veřejného zdravotního pojištění (Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, 2009). Dále zpráva uvádí, že bude nutné celý systém zdravotnictví podrobit analýze, kdy získané výsledky budou použity k naplňování transformace akutní péče ve prospěch aktivní péče (rehabilitace, doléčovací proces) a dlouhodobé péče s převážnou složkou ošetrovatelské, sociální a rehabilitační péče.

Nezdravým životním stylem a chováním občanů je myšleno nadměrné požívání alkoholu, drog, nezdravý způsob stravování, omezenou pohybovou aktivitu a jiná riziková chování. Řešením této problematiky, která má vliv na zdraví občana a zvýšení alokace zdrojů ve zdravotnickém systému, je zaměření se na preventivní opatření v primární zdravotní výchově obyvatelstva (informační kampaně, daně z alkoholických nápojů a tabáku). Je nutná pozitivní a negativní motivace od pojišťoven, která povede ke zdravotní gramotnosti občana, motivace ke zlepšení chování jedince a zvýšení vlastní odpovědnosti za zdraví.

Nevhodné je především nastavení financování zvláště nákladné péče. V této oblasti musí být nalezena rovnováha mezi vynaloženými prostředky a solidaritou. Je nutné přijmout taková opatření, která budou koncentrovat finanční prostředky na drahou léčbu do specializačních center.

Systém dlouhodobé péče je nedostatečný, roztržitý, neprovázaný, nedostatečně finančně zajištěný a nereflexuje demografický vývoj obyvatelstva. Řešení je spatřováno v rozvoji koncepce geriatrické a gerontologické (nebyla ještě přijata a návrhy jsou předkládány již 15 let), v tvorbě vyhovujícího systému dlouhodobé péče, přesunu kompetencí na nelékařský personál a jeho podpora ve zdravotnickém systému. Jednou z možností je vytvoření nového typu pojištění dlouhodobé péče.

Mělo by se změnit poskytování pobytové sociální péče: podpořit rozvoj komunitní péče, motivaci a podporu neformální péče v domácnostech. Je nutné nastavit rovné a spravedlivé podmínky pro všechny socioekonomické skupiny a zejména věnovat zvýšenou pozornost osobám zdravotně znevýhodněným a seniorské populaci. Nevhodná struktura zdravotní péče v naší republice spočívá v upřednostňování akutního modelu péče (více akutních lůžek oproti lůžkům na následnou dlouhodobější péči). Akutní lůžka jsou pro systém financování dražší a restrukturalizace by přinesla více finančních prostředků do ambulantní péče, ve prospěch aktivní rehabilitace i dlouhodobé péče. Jedním z návrhů je, že pojišťovny by měly mít povinnost pojistit každého občana bez ohledu na jeho zdravotní

rizika, nastavení systému kritérií na přerozdělování prostředků či stanovení povinností pojišťoven vůči zdravotnickým zařízením.

Výskyt korupce ve zdravotnickém systému je velice rozšířený. Odborníci navrhuji k potírání korupce definovat jasná práva pacientů, monitoring kvality poskytovaných služeb (stížnosti a jejich řešení) a vytvoření jasných kritérií při výběrových řízeních na nákup technologií a léčiv. Současně je navrhováno zavedení kontrolních mechanismů korupčního chování a zvýšení kompetencí Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže.

Pracovní tým Projektu Kulatého stolu definoval základní úkoly pro rozvoj zdravotnického systému, který odpovídá strategickým cílům programu Zdraví 21. Stanovil hlavní předpoklady pro systémové změny zdravotnického systému.

Mezi nejdůležitější úkoly patří:

- Podpora finanční udržitelnosti zdravotní péče.
- Zlepšení infrastruktury (organizace zdravotní péče, podpora lidských zdrojů).
- Zajištění kvality zdravotní péče.
- Rozšiřování dostupnosti zdravotní péči (snižování regionálních rozdílů, finanční zajištění).
- Zvyšování odpovědnosti ke zdraví (podpora veřejného zdraví a preventivních programů).
- Řešení návaznosti zdravotnictví na jiné sektory a to zejména na systém dlouhodobé péče (Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, 2009).

Odborníci v projektu vymezili problematické okruhy zdravotnického systému s návrhem na řešení změn. Pokud se zaměříme na oblast podpory transformace akutní lůžkové péče ve prospěch aktivní rehabilitační a dlouhodobé péče, můžeme konstatovat, že se návrhy na změny v praxi zatím nerealizovaly.

Kapitola o zdravotnických systémech je zaměřena na organizaci péče o klienty s kardiovaskulárními chorobami, kteří jsou léčeni v systému akutní péče. Dále se kapitola zabývá problematikou dlouhodobé péče, která je také velmi důležitá z hlediska další koordinované návazné péče o klienty. Je velice důležité pro další diskusi uvést mezinárodní dokument Zdraví 21, který vychází z etických principů. Problematika je orientována na vytyčené cíle v oblasti solidarity, spravedlnosti a nerovnosti ve zdraví.

8.2. Diskuse nad spravedlností ve zdraví z pohledu Programu Zdraví 21

Jan Holčík je jedním z autorů, který podrobil kritice plnění strategie Evropské unie Zdraví 21 a její realizaci v České republice po deseti letech z hlediska její aplikace do veřejné politiky. Program Zdraví 21 je ucelenou osnovou zdravotní politiky, která má za hlavní cíl snižování zdravotních nerovností, kdy je spravedlnost ve zdraví vnímáno jako základní hodnotou ve společnosti. Komise Evropských společenství vydala v říjnu 2009 materiál týkající se nerovností ve zdraví, v textu se kromě jiných ustanovení uvádí následující: *„Nerovnosti v oblasti zdraví nejsou pouze věci náhody, ale silně je ovlivňují činy jednotlivců, vlád, zúčastněných osob i společenství, nejsou nevyhnutelné. Jednat tak, aby se zdravotní nerovnosti snížily, to znamená vypořádat se s těmito faktory, které nestejným způsobem ovlivňují zdraví populace a kterým se lze vyhnout a vyřešit je prostřednictvím veřejné politiky.“* (Holčík, 2010, s. 86) Autor se zamýšlí nad strategií a pokládá otázky v jednotlivých cílech, zda bylo či nebylo učiněno opatření. Z textu jsou vybrány pouze některé úvahy k nastaveným cílům ve formě otázek, na které bude nutné hledat odpovědi ve vztahu ke změnám ve zdravotnickém systému.

Jan Holčík pokládá k realizaci programu Zdraví 21 tyto dotazy:

Politika pro zdraví (cíl 21): *„Je v České republice přijata zdravotní politika orientovaná na zdraví, na zdravotní potřeby lidí a na spravedlnost ve zdraví? Přetrvává a dominuje rezortně orientovaný zájem o zdravotnické služby, jejich finanční stránku, majetkové poměry ve zdravotnictví a o možnost podnikání?“*

Získávání partnerů pro zdraví (cíl 20): *„Rozvíjí se zdravotní výchova vedoucí občany ke zdraví, nebo se nechává volné pole nevěrohodné reklamě, která vyvolává na jedné straně strach a na druhé straně poskytuje zákazníkům klamnou naději, že právě nabízené zboží jim zajistí zdraví? Bylo dosaženo v tomto ohledu věrohodných výsledků?“* (Holčík, 2010, s. 88)

Financování zdravotnických služeb a přidělování zdrojů (cíl 17): *„Podporuje financování zdravotnictví prevenci nemocí a podporu zdraví? Je náležitě rozvíjena základní zdravotní péče?“*

Spravedlnost (ekvita) ve zdraví (cíl 2): *„Jak aktivita všech společenských struktur posiluje spravedlnost v péči o zdraví? Dovedeme rozlišit spravedlivé a nespravedlivé zdravotní rozdíly?“* (Holčík, 2010, s. 89)

Jan Holčík v závěru doporučuje v rámci zvládnání zdravotních nerovností důsledně v praxi aplikovat stanovené cíle, které jsou však podmíněny zdravotní gramotností obyvatelstva a vnímáním svého zdraví jako nejvyšší či alespoň významné hodnoty. Zdravotnická reforma v České republice by se měla řídit doporučením Lublaňské charty (solidarita, spravedlnost, demokracie) a osnovou programu Zdraví 21. V programu Zdraví 21 je charakterizována Lublaňská charta takto: „*Charta zdůrazňuje zásady účinného řízení změn, jsou to: vnitřně provázaná politika zdravotní péče, citlivost k hlasu občanů a ohled na její přání, změna způsobu, jakým se péče dostává k občanovi, přesměrování lidských zdrojů, zlepšení řízení a účinnější využívání poznatků a zkušeností.*“ (Zdraví 21, 2001, s. 87) Zdravotnická reforma by měla podporovat komunitní péči a ustoupit od směřování péče do nemocnic, neboť je jednou z nejnákladnějších péčí a nepodílí se na upevňování zdraví, ale léčí následky onemocnění. Je tedy nutné zaměřit svou orientaci na ovlivňování determinant zdraví a racionální alokaci zdrojů. Pokud budou finanční zdroje alokovány pouze na diagnostické a terapeutické zdravotní služby, mohou být výsledky zdravotního stavu obyvatelstva naprosto fatální s vysokými náklady na zdravotnictví.

Jan Holčík velmi dobře popsal problematiku plnění Evropské strategie Zdraví 21 v České republice v horizontu deseti let. V rámci posilování a uvědomování si významu zdraví se v České republice realizují vzdělávací moduly na středních a vyšších odborných školách. Na základních školách mají modul zařazený do rodinné výchovy. Některé nestátní organizace v rámci poskytování sociálních služeb se věnují prevenci a to převážně v oblasti zajišťování nízkoprahových center pro drogově závislé a v komunitních centrech se věnují mladistvým s nižším socioekonomickým statutem. K otázce financování zdravotnického systému lze konstatovat, že se stále orientujeme na akutní lůžkovou péči, kde se alokuje cca 51 % finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění. Další důležitá součást léčebného procesu – rehabilitační péče – je podfinancovaná. Segment domácí zdravotní péče není podporován a rozvíjen. Z hlediska demografického stárnutí a vzniku specifických zdravotně sociálních potřeb seniorské populace nebyly přijaty prakticky žádné změny. Dvacet let čeká obor geriatric a gerontologie na schválení koncepce. Stále jsou preferovány medicínské obory zaměřené na akutní medicínu.

9. Zdravotnické systémy

V praktické části disertační práce bude pozornost věnována zdravotnickým systémům ve vybraných státech Švédsko a Francie se srovnáváním s Českou republikou po

roce 1989. Bude porovnána solidarita mezi zdravými a nemocnými, chudými a bohatými a alokace zdrojů do systému zdravotnictví. Zdravotnický systém bude srovnáván v oblasti akutní a rehabilitační péče a dlouhodobého modelu zdravotní péče. Jako hlavní ukazatel byl zvolen příklad zdravotní péče v oblasti kardiovaskulárních chorob, systém financování akutní, rehabilitační a dlouhodobé péče. Vybrané srovnávací země mají nastavený jiný typ režimu sociálního státu a rozdílné financování zdravotnického systému než Česká republika. Francie a Švédsko se řadí mezi země, které se v minulosti zabývaly transformací zdravotnického systému. Srovnávací studie bude zaměřena na porovnání rozdílů v determinantech zdraví a solidarity v České republice.

Francie reprezentuje sociální stát, který je konzervativně korporativní, kdy systém zdravotnictví je založen na povinném zdravotním pojištění a dobrovolném soukromém pojištění, které je využíváno ke krytí spoluúčasti klienta za poskytovanou zdravotní péči (Krebs a kol, 2009). Švédsko představuje sociálně demokratický stát založený na univerzální sociálně zdravotní politice. Zdravotní péče je zabezpečována z povinného veřejného zdravotního pojištění a doplňkového dobrovolného pojištění, které slouží především ke krytí finanční spoluúčasti klienta na zdravotní péči.

V České republice po roce 1989 se sociální stát zaměřil více na pasivní pomoc v nouzi než na prevenci. Martin Potůček uvádí: „*Český sociální stát, který je ve svém fungování deformován neoliberalním viděním světa, dnes generuje každý den stovky a tisíce chudých a vyloučených.*“ (Potůček, 2011, s. 26) Ve zdravotnickém systému od roku 1989 proběhlo mnoho změn, zejména v oblasti managementu řízení, a to od centrálního k regionálnímu, či v privatizaci zdravotních služeb.

9.1. Švédský model zdravotní péče

Švédsko je typickým představitelem skandinávského modelu sociálního státu, který vznikl již ve 30. letech 20. století. Základy sociálního státu tehdy položila švédská sociálnědemokratická strana s cílem zmírnit následky Velké hospodářské krize v roce 1932. Tento model se však plně rozvíjel až po druhé světové válce (1950), kdy zaznamenal vysoký hospodářský růst daný také tím, že Švédsko nebylo touto válkou tolik poznamenáno jako jiné státy v Evropě. Hlavním cílem vládnoucí strany bylo zabezpečit lidem plnou zaměstnanost a komplexní sociální zabezpečení, které povede k vyrovnávání životní úrovně mezi různými socioekonomickými skupinami. Plná zaměstnanost byla zárukou růstu ekonomiky a financování celého systému, neboť ten je založen především na daních,

zatímco příspěvky na pojištění hrají v systému sekundární roli. Odborníci označují 50. a 60. léta 20. století jako zlatou éru sociálního státu založeného na rovnosti, solidaritě, univerzalizmu, cenové stabilitě a efektivnosti. Sociálně demokratická vláda velmi úzce spolupracovala s odbory a zaměstnavateli v rámci reformních opatření. V této době byla největší investice věnována do zdraví, vzdělávání a rodinné politiky. Dále se uplatňovala aktivní politika zaměstnanosti a byly uzákoněny sociální dávky dle výše příjmů.

Tento faktor znamenal nejen rozšíření veřejných služeb, ale také zvýšení alokace zdrojů na zdravotní a sociální služby, které jsou financované zemskými výbory. Nárůst výdajů na veřejný sektor v 80. letech 20. století byl oproti počátku reformních změn téměř trojnásobný, z 11 % v roce 1950 na 34 % v roce 1980. (Tajovský, Tomíček, Chalupecký, 2009)

Švédský model byl tedy do 80. let považován za nejvyspělejší sociální stát v Evropě, který má nastavený nejlepší sektor veřejných služeb s dostupnou sítí služeb pro děti a seniorskou populaci. Na přelomu 80. a 90. let 20. století ve vztahu s globalizací a integrací evropských ekonomik dochází k ekonomickému zpomalení a ke zvýšenému nárůstu nezaměstnanosti. Financování veřejného sektoru je založeno především na daních, je tedy podmíněno plnou zaměstnaností a kvůli nárůstu lidí bez práce se tento systém dostává do deficitního hospodaření. V důsledku deregulace kapitálových trhů v Evropě a zvyšujících se tlaků Evropské unie na snižování sociálních výdajů se Švédsko dostává do nelehké situace v rámci vstupu cizích firem na trh. Tyto firmy vyvíjejí tlak na snižování daňových odvodů, čímž si podmiňují svůj vstup na trh práce, a zároveň pomáhají řešit dlouhodobou nezaměstnanost ve státě. (Keller, 2006)

9.1.2. Systém zdravotní péče ve Švédsku

Systém zdravotní péče je modifikovaný Beveridgeův model, který v sobě zahrnuje univerzální dávky s univerzálním pojištěním a má charakter centrálního řízení zdravotní péče. (Vostatek, 2010) Švédský zdravotnický systém je organizován ve třech úrovních: národní, okresní a místní. V rámci tohoto systému má okresní rada (21 okresů) odpovědnost za organizování veškerých služeb zdravotní péče. Tyto rady regulují trh zdravotní péče, neboť každý poskytovatel musí mít smlouvu s okresní radou a klient má poskytnutou zdravotní péči „zadarmo“. Financování zdravotní péče je zajištěno z daní obyvatelstva s následnými přímými platbami státu do tohoto systému. Dále je alokace zdrojů zabezpečena

také zdravotním pojištěním, spoluúčastí klienta a také je možnost soukromého pojištění na zdravotní péči.⁵²

Nutno podotknout, že doplňkové pojištění je pro obyvatele velice drahé, příkladem je ceník pojišťovny Skandia, která stanovila pro osoby ve věku 20–39 let 11–188 euro, pro věk 40–64 let 212–287 euro a pro občany nad 65 let je určeno cenové rozmezí 754–1500 euro za rok. Dle tabulek dobrovolného pojištění je patrné, že se roční cena pojištění stanovuje dle výše možného rizika onemocnění v daném věku. Dostupnost zdravotní péče je zajištěna formou primární péče, klient je však omezen ve volbě lékaře pouze v okrese, kde má trvalý pobyt. Primární péče se ve velké míře poskytuje v ambulantních zařízeních prostřednictvím zdravotnických center a soukromých klinik. Sekundární a terciární péči zajišťují regionální nemocnice. Preventivní péče je poskytována na národní úrovni. Samospráva v jednotlivých okresech hraje v tomto systému klíčovou roli ve spolupráci s národní úrovní se Státním ústavem veřejného zdraví. Švédsko tedy řeší situaci, jak zabezpečit plnou zaměstnanost. (Tajanovský, Tomíček, Chaloupecký, 2009)

9.1.3. Rehabilitační a dlouhodobá péče

Švédsko je zemí, kde uplatňují princip ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením. Systém ucelené rehabilitace v sobě zahrnuje prvky rehabilitační a dlouhodobé zdravotně sociální péče. Odpovědnost za zajišťování potřeb pro osoby se zdravotním postižením mají obce. Zákony o sociálních službách a zdravotní péči umožňují obcím a krajům velkou svobodu při plánování a organizování vlastních služeb. Koordinovanou péči mají na starosti obce a municipality, které jsou financovány z daní. Samostatnost těchto dvou úrovní samosprávy znamená, že služby jsou organizovány v různých částech země dle zdravotně sociálních potřeb obyvatelstva a mohou mít nastavené i jiné priority. Základní

⁵²

Švédské zdravotnictví lze označit jako státní zdravotnictví, které je financováno ze 73 %–77 % z daní s kombinací nemocenského sociálního pojištění, které tvoří 21 %–25 %, a prostředků od zaměstnavatelů, jež doplácí celkem 8,5 % z výše platu zaměstnance. Výše spoluúčasti se liší dle rozhodnutí okresní rady, ale v rámci dostupnosti zdravotní péče je stanovena maximální roční spoluúčast klienta na úhradu léčiv, a to 198 eur. Poplatek za pobyt v nemocnici je 8 eur za den, návštěva u specialisty se pohybuje od 17 do 27 eur a u primárního lékaře od 11 až do 15 eur. Určité skupiny obyvatelstva jsou osvobozeny od platby poplatků za zdravotní péči: jsou to děti do 18 let, důchodci a sociálně slabí. Spoluúčast ve Švédsku je kolem 2 % a klient se může soukromě připojistit u komerčních pojišťoven, které pokrývají náklady na spoluúčast na zdravotní péči.

jednotkou koordinované zdravotně sociální péče jsou obce, které zodpovídají hlavně za rehabilitaci seniorů a osob se zdravotním postižením, žijící v pobytových zařízeních například v domech s pečovatelskou službou (sjukhem). Současně mají také zodpovědnost za poskytování technických pomůcek pro osoby se zdravotním postižením. Daniela Bruhansová a Věra Jeřábková uvádějí: „*Různá sociální opatření v rámci rehabilitace koordinuje i Agentura švédského sociálního pojištění (Försäkringskassan). Ta rovněž věnuje zvýšenou pozornost potřebám osob při rehabilitaci za účelem návratu zpět do zaměstnání a podporuje kontakt osob s postižením s příslušnými orgány (tam, kde je to zapotřebí). Agentura švédského sociálního pojištění rovněž poskytuje osobám s postižením příspěvek, a to v případě, kdy osoba vyžaduje rehabilitaci. Rehabilitace a habilitace v rámci zdravotní a lékařské péče znamená koordinovaná a komplexní opatření z různých oblastí. To znamená, že lékařská, psychologická, pedagogická, sociální a technická opatření jsou kombinována na základě potřeb, kritérií a zájmů jednotlivce.*“ (Bruhansová, Jeřábková, 2012, s. 46) Cílem systému primární péče organizovaného v obcích je poskytnout pomoc či podporu osobám, které nevyžadují hospitalizaci. Péče je zajišťována ve zdravotních střediscích, nicméně ji poskytují i soukromí lékaři a fyzioterapeuti či oblastní ošetřovatelské kliniky.

Krajské rady financují tyto služby ze státního rozpočtu, a to prostřednictvím systému zdravotního pojištění se standardní částkou na obyvatele za rok (Bruhansová, Jeřábková, 2012).

Švédsko má systém dlouhodobé péče zaveden již několik let.⁵³ V rámci zemí OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) pracuje sekce pro dlouhodobou péči, která monitoruje činnost jednotlivých zemí v oblasti poskytování této péče. Tato organizace vydala dokument (Long-term Care Workforce and Financing), který se zabývá touto problematikou, a vypracovala scénář budoucích výdajů z hrubého domácího produktu na zabezpečení. Ve Švédsku se do roku 2050 navýší výdaje v domácí zdravotní péči na 5,8 % a v institucích na 6,3 %.

9.1.4. Strategické záměry Švédky v oblasti zdraví

V roce 2000 vznikla Národní strategie v oblasti zdraví pro Švédsko, která byla rozhodující pro založení National Public Health Commissi (Státní zdravotní komise). Tato

⁵³ V roce 2007 alokovala z hrubého domácího rozpočtu 3,5 %. Veškeré zdravotně sociální služby jsou hrazené z veřejných rozpočtů a jsou poskytovány formou veřejných zdravotně sociálních služeb. Klienti jsou ošetřováni buď v domácím prostředí, nebo v ošetřovatelských domech.

komise měla úkol stanovit základní strategii zdraví a identifikovat možné příčiny nerovnosti. Mezi její hlavní faktory patřila chudoba, nezaměstnanost, nízká úroveň vzdělání a nezdravý životní styl. V roce 1992 zahájil svou činnost Státní zdravotní ústav, který vyvíjel řadu aktivit na podporu zdraví a prevenci nemocí na národní a místní úrovni založených především na koordinaci mezi zmiňovanými subjekty. Cílem těchto aktivit bylo zajištění vysokého standardu všeobecné zdravotní péče pro každého za rovných podmínek. Díky rozvoji činnosti Státního zdravotního ústavu se postupně podařilo snížit výskyt kardiovaskulárních chorob a zvýšit průměrnou délku života obyvatelstva. Je nutné říci, že byl kladen velký důraz na výzkum v oblasti studia socioekonomických podmínek jako příčiny vzniku nerovností ve zdraví. Dále byly výzkumy zaměřeny také na sociální etiologii zdraví a sociální mechanismy vzniku nemocí. Výzkumy byly velice podporovány vládou a staly se základním kamenem pro tvorbu národních strategií v oblasti zdraví a ochrany (Rada pro sociální výzkum). Na základě výzkumné práce rady vzniklo v roce 2000 ve Švédsku Výzkumné centrum pro studium vlastního zdraví, které předkládalo své závěrečné výzkumné projekty k účelům tvorby národních vizí ve zdravotním a sociálním systému orientovanému na veřejné zdraví. Cílem vlády dle nastavených priorit strategie veřejného zdraví bylo také alokovat prostředky na jednotlivé stanovené cíle.

Zdravotnický systém stanovil hlavní priority zaměřené na faktory životního stylu (kouření, obezita, tělesná aktivita, spotřeba alkoholu), které způsobují nádorová a kardiovaskulární onemocnění, diabetes a duševní onemocnění. Dalšími prioritami je vytvoření podmínek pro starší občany a lidi s dlouhodobými nemocemi dle jejich životních potřeb, nastavení aktivizačních prvků a přístup ke zdravotním propagačním programům, dále nastavení aktivní péče (zdravotní a sociální péče) o seniorskou populaci a dlouhodobě nemocné (Piroska Östlin & Finn Diderichsen, Stockholm, 2001).

Strategický dokument byl zaměřen na zvýšení efektivity ve zdravotnickém systému a stanovení míry spravedlnosti v alokaci zdrojů. Dále na posílení sociální soudržnosti a vzájemnosti ve společnosti, které směřovaly ke snížení chudoby, bezdomovectví, sebevražd a další cíle, jež jsou v souladu s Programem Zdraví 21.

9.2. Francouzský model zdravotní péče

Francouzský systém sociálního zabezpečení se vyvíjel už od první světové války. Největší změnou prošel v roce 1945, kdy poslanecká sněmovna schválila zákon o všeobecném systému sociálního zabezpečení, který byl zpočátku určený pouze pro

zaměstnance. V roce 1967 došlo ve Francii k reformním změnám v oblasti sociálního zabezpečení a vznikly tři národní pokladny, které se zabývají starobním a nemocenským pojištěním, pojištěním při pracovních úrazech a rodinnými přídavky. Toto rozdělení trvá až do současnosti. Mezi další důležité kroky patří zavedení tzv. univerzálního krytí pro případ nemoci v roce 1999. Vladimír Rys uvádí: „*Toto nové zákonodárství zaručuje všem osobám žijícím ve Francii nárok na zdravotní péči v rámci všeobecného systému, která je bezplatná pro ty, jejichž příjmy nedosahují určité hranice. Osoby s vyššími příjmy musí platit pojistné.*“ (Munková a kol., 2005, s. 123)

9.2.2. Systém zdravotní péče ve Francii

Poskytovaná zdravotní péče je ve Francii hrazena jedinci z 80 % za nemocniční pobyt a ošetření, za ambulantní ošetření u smluvního lékaře z 60 % a úhrada léků z 35 %. Každý pojištěnec má svobodnou volbu lékaře a je členem mutuality, která plní funkci *doplňkového systému pojištění*, kdy uhradí za pojištěnce zbytek nákladů za ošetření a léky. (Munková a kol. 2005) Mutuelles (vzájemná pojišťovna), která je založená na bázi neziskové organizace, má ve Francii více než stoletou tradici. Ve zprávě z Kulatého stolu se uvádí: „*Na konci 90. let se doplňkové soukromé pojištění vztahovalo na 85 % francouzské populace. Tím, že nebyla pokryta celá populace, docházelo ke zhoršování nerovnosti v přístupu k péči, protože nepojištěni zůstávali především starší lidé, mládež, nekvalifikovaní pracovníci, nezaměstnaní a etnické menšiny. V roce 2000 proto francouzská vláda zavedla systém doplňkového zdravotního pojištění pro lidi s nízkými příjmy, čímž se navýšil podíl populace kryté soukromým zdravotním pojištěním na 91 %.*“ (Projekt Kulatý stůl, Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Praha 2009, s. 46)

Ve Francii se od roku 2004 začal uplatňovat systém gatekeepingu, který je založen na posilování role primární péče a zvýšení kontroly nákladů na zdravotní péči. Ve zprávě Projektu Kulatého stolu se dočteme: „*Posílení role primární péče rozšířením rozsahu odbornosti (skill mixu) nebo zajištění kontroly primárních lékařů nad úrovní spotřebované péče je považováno za jedno z možných řešení problému udržitelnosti financování zdravotnictví do budoucnosti.*“ (Projekt Kulatý stůl, Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Praha 2009, s. 60) Ve Francii se uplatňuje model preferovaných lékařů, kteří mají být zárukou finanční udržitelnosti zdravotnického systému a lepší koordinace péče. Tento systém je založen na třech pilířích:

smlouva mezi lékařem a pacientem, finanční pobídky pro pacienty s omezením produktů v doplňkovém pojištění a lékaři získávají více finančních prostředků, pokud dodržují předepsané postupy zejména u chronicky nemocných klientů (např. s diabetem, vysokým tlakem atd.). Pokud se klient rozhodne nevyužít preferovaného lékaře, zvýší se mu tak finanční spoluúčast z 60 % na 70 %.

Mezi dalšími kroky ve zdravotnictví od roku 1996 v zajištění zdravotní péče a snižování nákladů na zdravotnictví je plánování kapacit lůžkové péče dle zdravotního stavu obyvatelstva.

Ve zprávě Projektu Kulatého stolu se uvádí: „*Od roku 1996 sdílí odpovědnost za plánování kapacit ve francouzském systému zdravotní péče ústřední vláda (Ministerstvo zdravotnictví) a 22 agentur regionálních nemocnic (ARH). Plánování probíhá do značné míry na regionální úrovni a zahrnuje regionální zdravotní konference (conférences régionales de santé) a zapojení ARH.*“ (Projekt Kulatý stůl, Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Praha 2009, s. 65) V praxi to znamená, že agentury regionálních nemocnic pro svá strategická rozhodnutí v plánování rozsahu zdravotní péče využívají statistická data o epidemiologické situaci v jednotlivých regionech a odhadují budoucí poptávku zdravotní péče ve srovnání s jinými zeměmi. Ministerstvo zdravotnictví stanoví katalog zdravotních služeb, který obsahuje zdravotní plány pro jednotlivé regiony. Zdravotní plány jsou orientovány především na vnitřní lékařství, chirurgii, porodní péči, rehabilitaci, intenzivní péči, lékařskou diagnostiku a další priority dle epidemiologických zjištění a zaměřují se na určité chronické nemoci (onemocnění ledvin, nádorová onemocnění). Nastavené priority lůžkové péče jsou realizovány přes regionální strategický plán (SROS), který musí obsahovat konkrétní cíle a plnění, ale také rozložení sítě zdravotnických zařízení (Projekt Kulatý stůl, Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Praha 2009).

9.2.3. Rehabilitační péče

Francie reprezentuje zemi, která má velmi propracovanou rehabilitaci z hlediska zdravotně sociální a pracovní péče o klienta.⁵⁴ Jednou z výhod je, že léčebná rehabilitační

⁵⁴ Právo na komplexní rehabilitační péči je zakotveno v zákonu o sociální péči a rodině, v nařízení z 19. 12. 2005 o krajských domovech pro postižené, v nařízeních č. 1 588 a č. 1 591 z roku 2005, která stanoví příspěvek na úpravu bytu pro zdravotně postižené, a nařízení č. 1 574 z 6. 12. 2007 GUIDE-BAREME pro stanovení nedostatku způsobilosti zdravotně postižených.

péče v celé šíři je poskytována klientovi od první fáze onemocnění a je hrazena ze zdravotního pojištění. Klient již v akutní fázi svého onemocnění přechází zároveň i do péče rehabilitačního lékaře. Multidisciplinární tým vypracuje na základě zdravotně sociálních potřeb rehabilitační program a adaptační plán. Pokud není klient hospitalizován v rehabilitačním zařízení, je mu poskytnuta dlouhodobá asistence (viz vyhláška DH/EO4/97 n 841 z 31. prosince 1997), která umožňuje díky systému koordinovaných činností různých organizací poskytovat specifické zdravotně-sociální a sociální služby v oblasti bydlení, asistence a možnosti pracovního uplatnění. Daniela Bruthansová a Věra Jeřábková píší: *„Pracoviště rehabilitačního lékařství vytvářejí speciální multidisciplinární týmy, jejichž členy jsou mimo jiné: lékař z oboru rehabilitačního lékařství, ošetřující tým, fyzioterapeut, ergoterapeut, specialista na psychomotoriku, logoped (traumatické poranění mozku, cévní mozková příhoda), neuropsycholog, psycholog, vychovatel, sociální pracovník. Na základě dohody mohou týmy povolát i poradce v oblasti pracovního zařazení a orientace, kteří mohou být financováni skrze Národní asociaci řízení fondů určených pro osoby s postižením (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées – AGEFIPH) anebo regionální poradce.“* (Bruthansová, Jeřábková, 2012, s. 36)

9.2.4. Dlouhodobá péče o osoby se zdravotním postižením

Cílem poskytované dlouhodobé péče je poskytnout pomoc či podporu osobám se zdravotním postižením při jejich návratu z ústavní péče do rodinného prostředí. Zdravotně sociální služby se sdružují ve formalizované síti poskytovatelů. Tyto služby svou dostupností vyhovují potřebám osob se zdravotním postižením. Pokud je klient hospitalizován na oddělení rehabilitačního lékařství a posléze propuštěn do domácího ošetřování, dostává prostřednictvím služeb nezbytnou pomoc, aby se mohl vyrovnat s novou situací. Kontinuitu péče zajišťuje pracoviště rehabilitačního lékařství. Dohlíží také na organizaci zdravotní péče a na její účinné propojení se zdravotně-sociální oblastí.

Daniela Bruthansová a Věra Jeřábková uvádějí: *„Sít' poskytovatelů služeb proto tvoří jak zařízení rehabilitačního lékařství, tak i subjekty poskytující pečovatelské služby v domácnosti a osobní asistenci, která zahrnuje jak zdravotně-sociální osobní asistenci, tak i osobní asistenci při účasti na společenském životě (Service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS), v případě dospělých osob se zdravotním postižením připadají v úvahu i zdravotně-sociální osobní asistence a pomoc při návratu k soběstačnému životu. Součástí této sítě (případně jejími spolupracovníky) jsou rovněž další subjekty poskytující domácí*

zdravotní péči, zejména ošetrovatelské služby v domácnosti (les services de soins infirmiers a domicile – SSIAD) a domácí hospitalizace (l'hospitalisation à domicile – HAD). Takováto organizace služeb umožňuje zdravotně postiženým využívat kontinuální zdravotní péči po celý jejich život a zajišťuje rovněž hodnocení, popřípadě redefinování poskytované péče.“ (Bruthansová, Jeřábková, 2012, s. 36)

Nastavený zdravotně sociální systém péče o klienta zabezpečuje také poskytování vzdělávání a informace nejen samotným klientům, ale také jejich rodinám. Systém dlouhodobé péče se ve Francii rozvíjí.⁵⁵

9.2.5. Strategické záměry Francie v oblasti zdraví

Od počátku 80. let 20. století se ve Francii uskutečňují záměry a strategie v oblasti veřejného zdraví a postupně se začleňují do zdravotnického systému. Realizací veřejné zdravotní politiky byla určena Ústřední správa zdravotnictví (Direction générale de la Santé), která spolupracuje s Nejvyšším výborem pro veřejné zdraví (Haut comité de la Santé Publique). Hlavní směry působení veřejného zdraví byly zaměřeny na problémové oblasti, které v první řadě kladou velký důraz na zlepšení zdraví obyvatelstva. V rámci preventivních opatření bylo stanovení cílů v podpoře preventivně výchovné činnosti zaměřené na dospívající mládež (kouření, alkohol, psychotropní látky). Mezi další priority patří zařazení seniorské problematiky v důsledku prodlužování délky života, která se zaměřila na aktivní stárnutí a zdravý způsob života. Cílem působení orgánů veřejného zdraví je také snižování nerovností dostupnosti zdravotní péče v jednotlivých regionech a zvýšení kvality poskytované péče. Regionální observatoře (Observatoires régionaux de la santé) jsou orgány, které sledují a provádějí průzkum a sběr dat k plánovaným cílům veřejného zdraví. Závěry hodnocení slouží k vytváření potřebných kontrolních nástrojů efektivity zdravotnického systému a k dalšímu plánování dostupnosti zdravotnických služeb vzhledem k potřebám obyvatelstva.

V roce 1998 byla vytvořena veřejná státní zařízení, která se zabývají různými oblastmi ochrany a prevence veřejného zdraví. Je možno uvést následující příklad z Institutu

⁵⁵ V roce 2007 bylo z hrubého domácího rozpočtu do dlouhodobé péče alokováno 1,4 %. Francie v rámci dlouhodobé péče přijala střednědobý plán na její rozvoj a připravuje reformu v rámci sociálního zabezpečení, neboť se více uplatňuje forma peněžitých dávek pro klienty obdobně jako v naší republice (příspěvek na péči). Ve Francii jde na domácí zdravotní péči 2,3 % HDP a v institucích 2,6 % HDP z celkových nákladů na zdravotní péči.

zdravotního dohledu (Institut de vîle sanitaire), který je pověřen sledováním zdravotního stavu obyvatelstva a v případě ohrožení zdraví má povinnost informovat další orgány veřejné správy. K důležitým institucím patří Francouzská agentura pro bezpečnost zdravotnických produktů (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) zabývající se ochranou obyvatel v oblasti zdravotnických prostředků, farmak, výroby a testování léčiv. Tato instituce vykonává státní dozor a vydává povolení k používání nových farmak a zdravotnických prostředků. (Zdravotní politika a ekonomika, č. 8/2004)

10. Hodnocení zdravotnických systémů dle doporučení WHO

Zdravotnické systémy budu následně hodnotit a srovnávat dle doporučení WHO, kdy se zaměřím na zdravotní stav obyvatelstva, na který poukazují zejména rozdíly v naději na dožití a zdravou délku života ve srovnávaných zemích. Jako příklad jsem si vybrala kardiovaskulární onemocnění, která jsou v České republice na prvním místě z hlediska morbidit a mortality onemocnění. Na tomto příkladu bych chtěla prokázat etické problémy zdravotnického systému, který je v České republice zaměřen na akutní model péče a je z hlediska práva na zdraví a alokace zdrojů pro danou populaci nevyhovující. Je velmi důležité se také podívat na determinanty zdraví (obezita, tělesné aktivity, spotřeba tabáku a alkoholu) u cílových skupin mladistvých a dospělých jedinců, a to z hlediska možného ovlivnění zdravého životního stylu a předcházení kardiovaskulárním chorobám. Zdravý životní styl se řadí mezi důležité determinanty zdraví, neboť může do budoucna ovlivnit nastavení struktury a další vývoj zdravotního a sociálního systému v České republice. Alokace veřejných financí do zdravotnického a sociálního systému velmi úzce souvisí se zdravotním stavem obyvatelstva. Pokud bude obyvatelstvo zdravější, mohou být finanční zdroje spravedlivěji alokovány i do dlouhodobé péče a na preventivní programy. V rámci srovnávání zdravotnických systémů (Česká republika, Švédsko, Francie) se zaměřím zejména na tyto indikátory:

Zdravotní stav (status) obyvatelstva

- LE (naděje na dožití – Life Expectancy), HLY (délka života ve zdraví, zdravá délka života – Healthy Life Years)
- Úmrtnost na KVCH (kardiovaskulární choroby)
- Incidence KVCH (výskyt kardiovaskulárních chorob)

Determinanty zdraví

- Tělesné aktivity
-
-

- Spotřeba tabáku
- Spotřeba alkoholu
- Obezita

Poskytované zdravotnické služby

- Počet praktických lékařů
- Počet akutních lůžek
- Počet provedených angioplastik

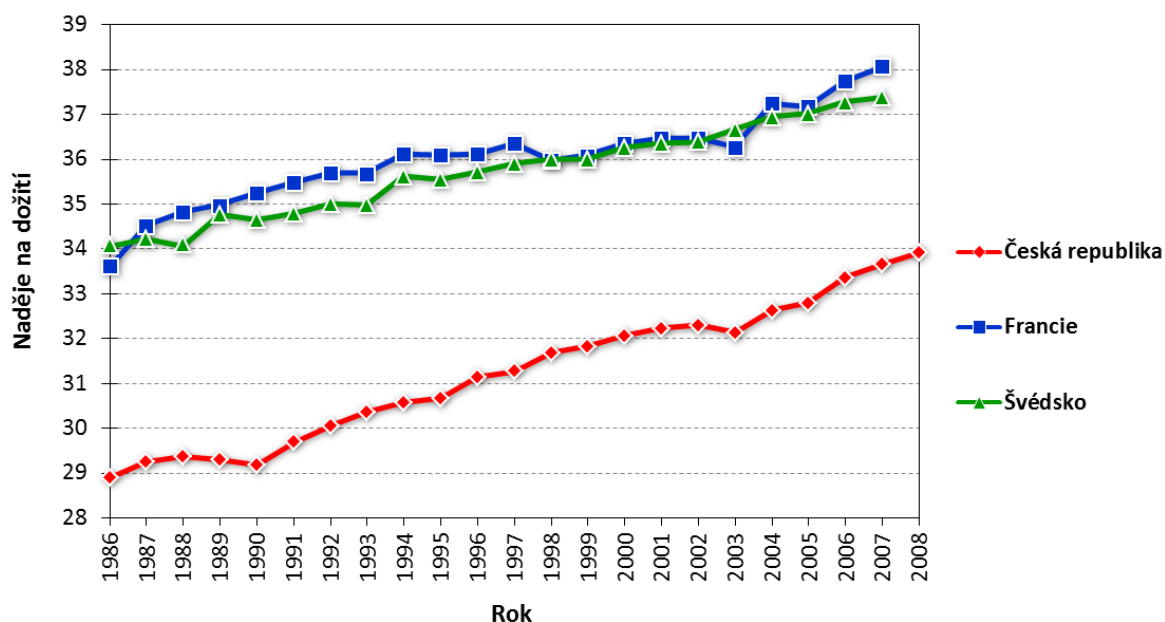
Financování zdravotnictví a alokace zdrojů

- Veřejné výdaje a financování zdravotnictví

11. Zdravotní stav (status) obyvatelstva

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle zdravotního stavu obyvatelstva, který lze hodnotit následujícími indikátory: naděje na dožití ve věku 45 let a 65 let, zdravá délka života, úmrtnost na kardiovaskulární choroby a incidence na kardiovaskulární choroby.

Graf 3: Naděje na dožití ve věku 45 let

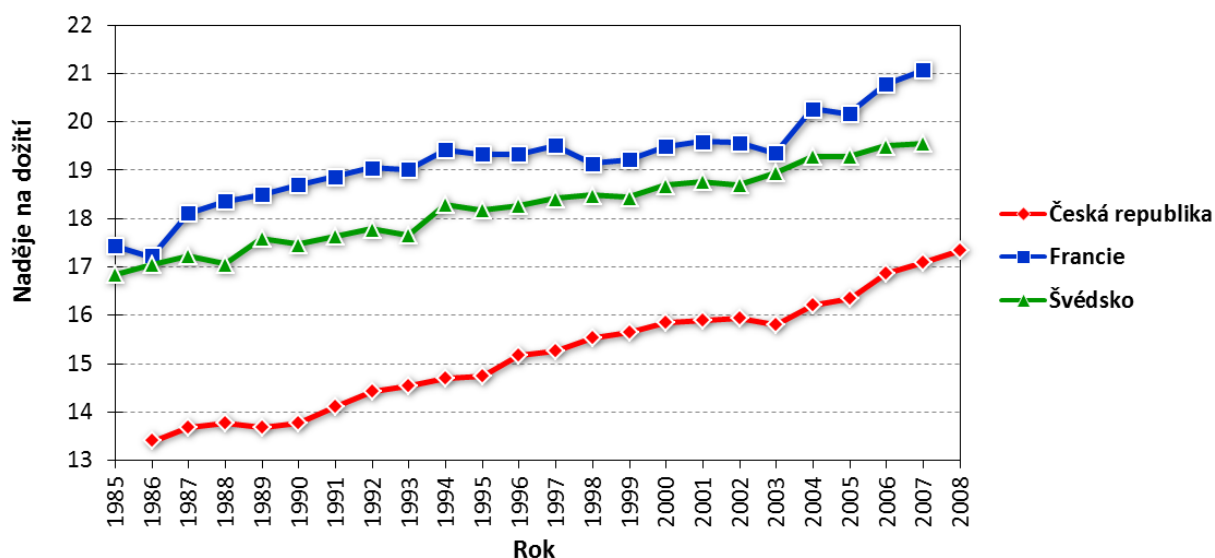


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Tento indikátor byl vybrán z důvodu, že v tomto věku by se měl člověk více zaměřit na preventivní opatření vůči určitým chorobám (nádorová a kardiovaskulární onemocnění) a na svůj životní styl. Porovnáme-li zdravotní stav podle naděje na dožití ve

věku 45 let, můžeme konstatovat, že v České republice od roku 1990 (naděje na dožití byla 29 let) dochází k postupnému zlepšování stavu obyvatelstva až do konce sledovaného období, roku 2008 (34 let). Ve Francii a Švédsku byla ve srovnávaném období od roku 1990 (35 let) naděje na dožití o 5 až 6 let vyšší než v České republice. V roce 2007 byla ve Francii naděje na dožití 38 let a ve Švédsku 37 let. Můžeme tedy konstatovat, že v těchto zemích je oproti České republice naděje na dožití ve věku 45 let v roce 2007 vyšší v průměru o tři až čtyři roky.

Graf 4: Naděje na dožití ve věku 65 let



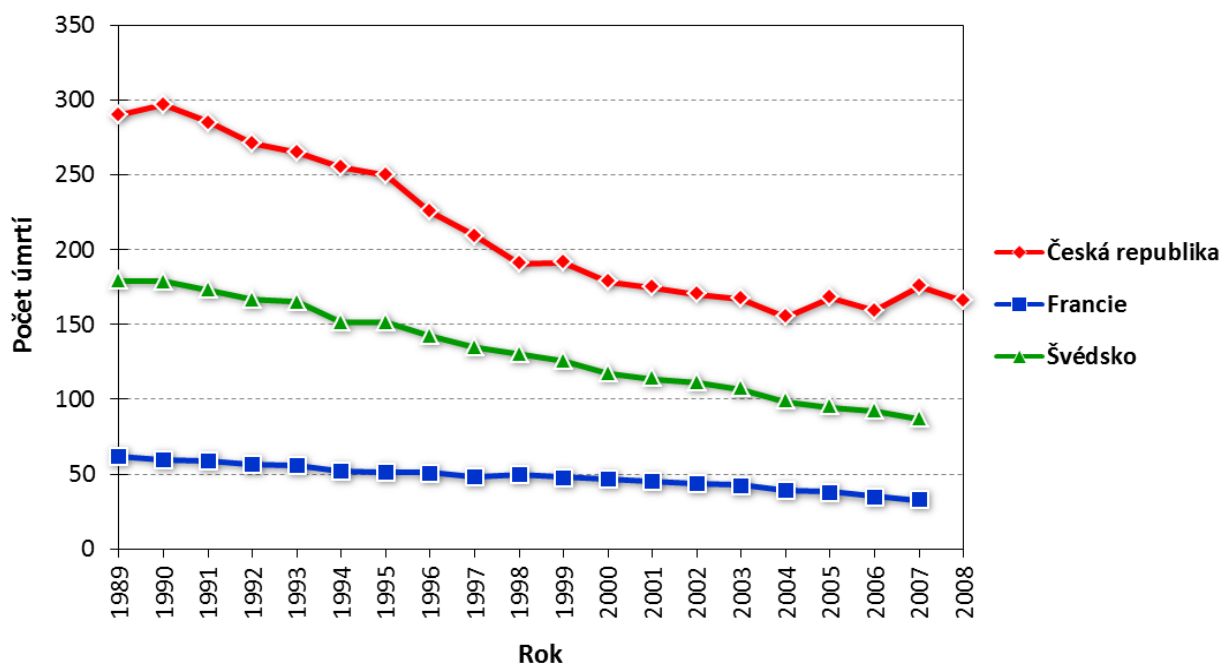
Zdroj: OECD Health Data 2010

Komentář: Pro další sledování zdravotního stavu bylo použito hodnocení naděje na dožití ve věku 65 let, neboť v tomto věku lidé trpí řadou chronických onemocnění (nádorovými a kardiovaskulárními onemocněními). V České republice byla v roce 1990 tato naděje na dožití 14 let. Ve Francii byla 19 let a ve Švédsku 17 let, lidé v těchto zemích tedy měli naději na dožití vyšší než v České republice o 3–5 let. V roce 2008 byla naděje na dožití v České republice ve věku 65 let zvýšena na 17 let, tedy o 3 roky, zatímco ve Francii se tato naděje na dožití zvýšila na 21 let a ve Švédsku na 20 let. Můžeme tedy konstatovat, že se naděje na dožití ve věku 65 let zvýšila, ale stále nedosahuje takových hodnot jako ve srovnávaných zemích, kde je naděje na dožití ve věku 65 let vyšší o 4 až 5 let.

Mezi další ukazatel sledování zdravotního stavu obyvatelstva patří ukazatel HLY – délka života ve zdraví (Healthy Life Years), který sleduje počet let prožitých aktivním životem bez omezení. Materiál OECD sleduje tento indikátor u lidí ve věku 65 let v období roku 2005–2007, zvláště u mužů a žen. V České republice je od tohoto věku počet let

strávených aktivním životem u žen asi 8 roků a u mužů asi 6,5 roků. Ve Francii se tento ukazatel pohybuje u žen kolem 9 let a u mužů kolem 10 let. Naproti tomu ve Švédsku je u žen tento ukazatel 13,5 let a u mužů 13 let. Podle tohoto ukazatele je tedy Švédsko zemí, která vykazuje lepší zdravotní status obyvatelstva než Francie a Česká republika. (Health at a Glance, 2010, s. 27)

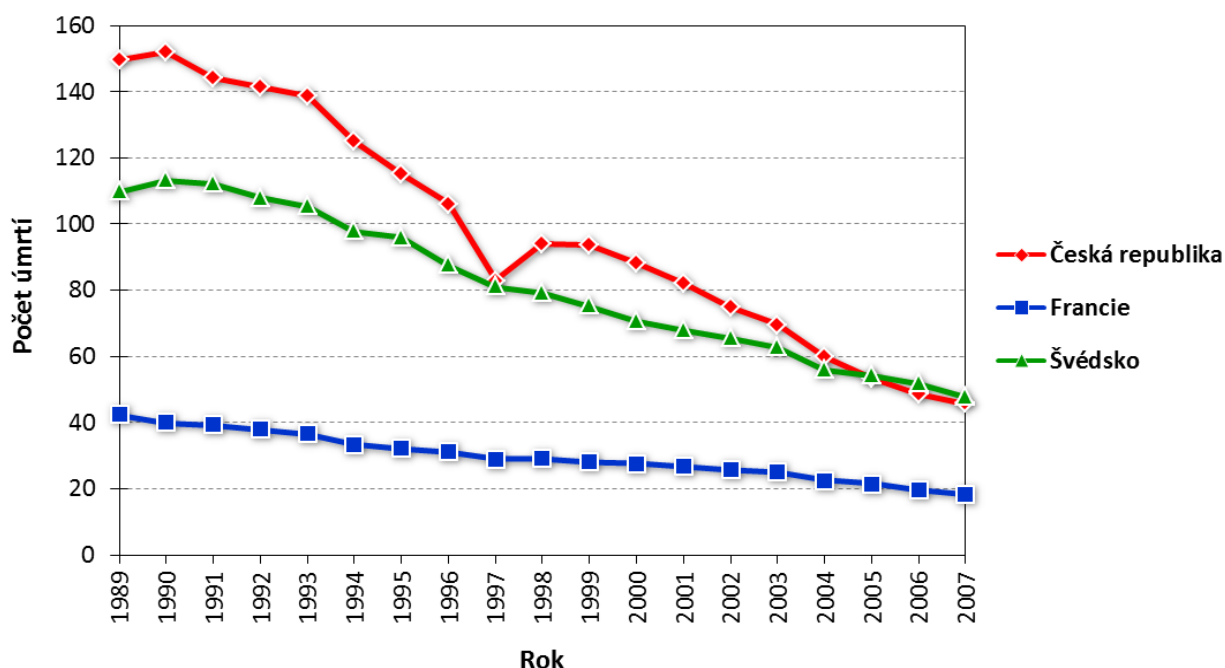
Graf 5: Počet případů úmrtí na ischemickou chorobu srdeční (přepočteno na 100 tis. obyvatel)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Ischemická choroba srdeční je jednou ze sledovaných chorob, která postihuje velkou část populace a může způsobit úmrtí na infarkt myokardu. V roce 1990 bylo v České republice zaznamenáno 297 případů úmrtí na tuto chorobu, zatímco ve Francii to bylo pouze 60 případů a ve Švédsku 179 případů. V roce 2007 vykazovala Česká republika 166 případů mortality, Francie pouze 33 případů a Švédsko 87. Mezi lety 1990 - 2007 se tak podařilo ve všech srovnávaných zemích snížit mortalitu na tuto chorobu téměř o polovinu případů. Je však zřejmé, že Česká republika je mezi danými zeměmi opět na prvním místě v úmrtnosti na toto onemocnění.

Graf 6: Počet případů úmrtí na akutní infarkt myokardu (přepočteno na 100 tis. obyvatel)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Mezi další indikátory srovnání patří úmrtnost na infarkt myokardu. V roce 1990 bylo v ČR zaznamenáno 152 případů úmrtí na infarkt myokardu, zatímco ve Francii pouze 42 případů a ve Švédsku 109 případů na 100 tis. obyvatel. Česká republika je tedy na prvním místě i v úmrtnosti na infarkt myokardu. V roce 2008 poklesla úmrtnost na sledovanou chorobu v České republice na 45 případů, ve Francii poklesl počet případů na 21 a ve Švédsku na 48. Můžeme tedy konstatovat, že v sledovaném časovém období nastal ve všech zemích pokles mortality na infarkt myokardu téměř o polovinu případů.

11.1. Determinanty zdraví

Špatné sociální a ekonomické podmínky ovlivňují zdraví v průběhu celého života, např. porodní váha negativně koreluje třeba s výskytem diabetu u mužů ve věku 64 let. (Wilkinson, R., Marmot, M., 2003:11). „Celoživotní přístup je užíván ve výzkumu sociálních nerovností ve zdraví za účelem poznání, jak zkušenosti a vliv vnějších vlivů v různých životních fázích vedou k růstu a vytváření sociálních nerovností v nemoci a úmrtnosti ve středním věku a ve stáří (Davey Smith, 2000; Leon, 2000; cit. dle WHO, 2000, s. 4–5).“⁵⁶ „Kumulativní účinky na pozdější zdraví se mohou objevit nejen v rámci života jedince, ale také v rámci generací.“ (Lumey 1998; Davey Smith 2000; cit. dle WHO, 2000, s. 4)

⁵⁶

A life Course Approach to Health. WHO, 2000.

„Sociální determinanty zdraví jsou faktory mimo zdravotní péči (non-medical) a mimo náš životní styl (non-lifestyle).“ (Marmot & Wilkinson, 2000)⁵⁷ „Zatímco lékařská péče může prodloužit přežívání (survival) a zlepšit prognózu v případě některých vážných nemocí, důležitější pro zdraví populace jako celku jsou sociální a ekonomické podmínky, které činí lidi nemocnými. Nicméně univerzální přístup k lékařské péči je nepochybně jednou ze sociálních determinant zdraví.“ (Wilkinson, R., Marmot, M., 2003, s. 7) „Sociální determinanty zdraví mohou být chápány jako sociální podmínky, ve kterých lidé žijí a pracují, nebo slovy Tarlova „sociální charakteristiky, v rámci nichž se život odehrává.“ Sociální determinanty se týkají jak specifických rysů sociálního kontextu, který ovlivňuje zdraví, tak cest, prostřednictvím kterých se sociální podmínky promítají do zdravotního stavu. Sociální determinanty, které si zaslouží pozornost, jsou ty, které mohou být potenciálně změněny na základě poznání.“ (Solar, 2005, s. 4) „Je důležité rozlišovat dva druhy etiologických otázek: první hledá příčiny jednotlivých případů, druhá příčiny hromadného výskytu případů (incidence). Pokud hovoříme o sociálních determinantech, jedná se nám o porozumění tomu, jak příčiny individuálních případů souvisí s příčinami incidence na úrovni populace.“ (Solar, 2005, s. 5)

Koncept sociálních determinant zdraví vznikl na základě několika vlivných kritik vydaných v 70. a na začátku 80. let, které zdůraznily meze zdravotních intervencí orientovaných na rizika nemocí jedinců. Řešení zdravotních problémů terapeutickými zásahy na úrovni individua je problematické také vzhledem k vysokým a stále rostoucím nákladům na zdravotní péči. (Holčík, 2001)⁵⁸

Přestože Češi preferují nejen žít, ale také zemřít doma, téměř tři čtvrtiny lidí v roce 2011 zemřely v nemocnici nebo v jiném zdravotní a sociální zařízení, u žen, které mají vyšší pravděpodobnost úmrtí v instituci (78 % ve srovnání s 70 % u mužů). Pětina lidí zemřela doma, ne z důvodu volby, ale zejména vzhledem k akutním stavu, jako je srdeční infarkt, úraz, nebo sebevražda, které jsou častější u mužů než u žen (jedna čtvrtina mužů oproti jedné pětině žen zemřela doma nebo na veřejném místě).

⁵⁷ Marmot, M., & Wilkinson, R. (2000). *Social determinants of health*, Oxford, UK: Oxford university Press. (cit. dle Raphael, Dennis. Recognizing the Political Barriers to a Healthy Inclusive Society: The Case of the Social Determinants of Health. Příspěvek přednesený na konferenci „What do we know and where do we go? Building a Social Inclusion Research Agenda.“ Ottawa, 27. až 28. března 2003.

Zdroj: <http://www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/raphael.pdf>

⁵⁸ Holčík, J., Koupilová, I.: Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. Čas. Lék. čes., 140, 2001, č. 1, s. 3–7.

Naděje dožití při narození (střední délka života) dle úmrtnostních tabulek ČSÚ v roce 2011 činila 74,7 let pro muže, u žen pak o šest let více – 80,7 let. Oproti roku 2010 střední délka života vzrostla o 0,32 roku u mužů a o 0,14 roku u žen. Od roku 1990 se střední délka života zvýšila u mužů o 6,8 a u žen o 5,2 let (v důsledku rychlejšího poklesu úmrtnosti mužů se tak rozdíl ve střední délce života mužů a žen oproti roku 1990 snížil o jeden a tři čtvrtiny roku). Ve stejném období se očekávaná doba dožití ve věku 65 a více let zvýšila u mužů i žen o více než 3,5 roku na 15,5, resp. 18,8 roku v roce 2011. Nejnížší střední délka života mužů byla v Moravskoslezském, Ústeckém a Karlovarském kraji, naopak nejvyšší v Hl. městě Praze. Rozdíl mezi krajem s nejnížší a nejvyšší nadějí dožití činil 3,7 let u mužů a 3,0 roky u žen. Rozdíl mezi okresem s nejvyšší (hl. m. Praha) a nejnížší (Teplice) střední délkou života činil 5,0 let u mužů a 4,4 roku u žen. Ze zemí, které vstoupily do EU po roce 2004, vykazují nižší míru standardizované úmrtnosti jen středomořské státy Kypr, Slovinsko a Malta. Česká republika zaostává za západoevropskými zeměmi. Střední délka života mužů v České republice byla v roce 2010 o téměř 6 let kratší než naděje dožití při narození ve Švýcarsku (74,4 let oproti 80,1 let) a střední délka života žen byla ve srovnání s Francií kratší o více než 4 roky (80,6 oproti 84,8 let). Ve srovnání se Slovinskem, které je zhruba na úrovni průměru EU, byla v ČR v roce 2010 střední délka života pro muže i ženy přibližně o dva roky nižší. Za průměrem EU přitom o něco více zaostávají muži než ženy.

Muži v České republice měli o skoro šest let kratší naději dožití při narození v porovnání s muži ve Švýcarsku (80 let proti 74,4 roku v roce 2010). Ženy mohly očekávat o čtyři roky kratší střední délku života než jejich protějšky ve Francii (80,6 oproti 84,8 roku). Muži mají tendenci prožít větší počet let v dobrém zdravotním stavu než ženy. Napříč zeměmi EU jsou rozdíly ve zdravé délce života (HLY) mnohem větší než rozdíly ve střední délce života.

Dostupné údaje pro HLY (Eurostat 2012) ukazují, že muži v EU-27 mohou očekávat, že prožijí 60,9 roku zdravého života bez zdravotního postižení a ženy 61,6 roku. Muži prožijí větší část svého života v dobrém zdravotním stavu než ženy (ženy 74,5 % z celkové střední délky života, muži 79,4 %). V České republice hodnoty HLY a LE jsou 60,9 roku a 74,2 roku u mužů (82,1 % života bez omezení aktivit denního života) a 62,5 roku a 80,5 roku u žen (tj. 77,7 %). Češi mají o cca 10 let kratší délku života v dobrém zdraví než Švédové (60,9 oproti 70,5 roku). (Eurostat, 2012)

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle determinant zdraví, tvořících základní stavební kameny v dalším rozvoji populace. V rámci jejich sledování

budu sledovat především tyto indikátory zdravého životního stylu: požívání alkoholu, kouření a zdravé stravování u populace ve věku 10–15 let.

Co se týče způsobu stravování, častým problémem je obezita, která představuje jeden z rizikových faktorů vzniku kardiovaskulárních chorob, vysokého tlaku a dalších civilizačních chorob. Obezita u dospívajících (věk 10–15 let) se stanovuje dle BMI (body mass index); nad 30 bodů tohoto testu je na člověka pohlíženo jako na obézního. V České republice trpí obezitou 9 % dospívajících dívek a 14 % chlapců. Ve Francii je to 7,5 % dívek a 14 % chlapců a ve Švédsku 9 % dívek a 15 % chlapců. Z výsledků vyplývá, že obezitou dospívající populace trpí především chlapci ve věku 15 let. Konzumace ovoce a zeleniny podporuje snižování obezity a zvyšuje odolnost organismu proti civilizačním chorobám. V České republice zařazuje do svého jídelníčku ovoce přibližně 41 % dívek a 25 % chlapců z dospívající populace. Ve Francii je to přibližně 38 % dívek a 35 % chlapců dospívající populace, ve Švédsku pak 34 % dívek a 22 % chlapců. Při porovnání dívek a chlapců je z výsledků zřejmé, že na zdravý způsob života více dbají dívky, nejvíce ze srovnávaných zemí pak v České republice.

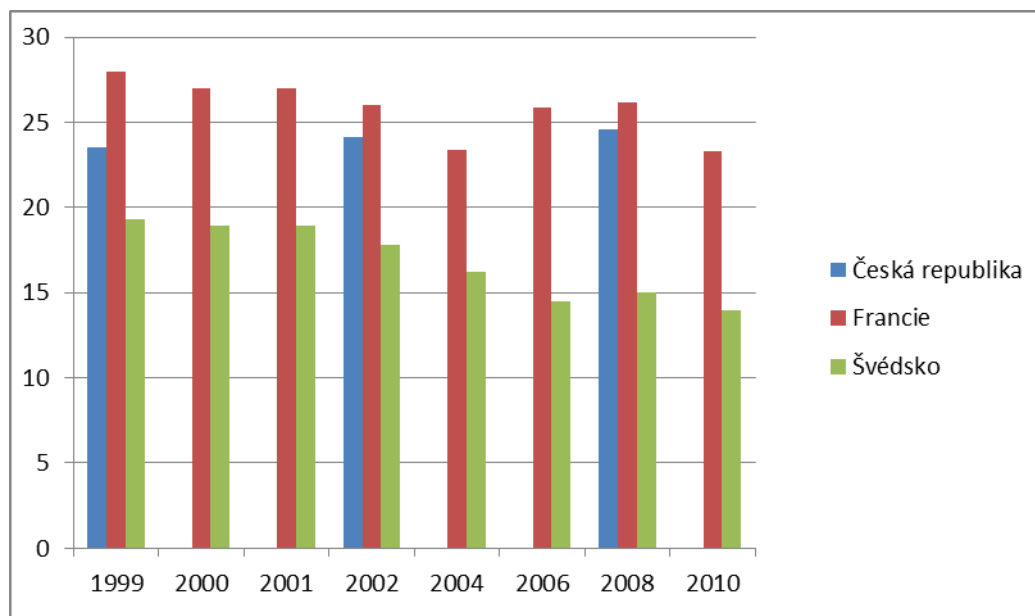
Obezita je závažný problém veřejného zdraví a výrazně zvyšuje riziko chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, koronární onemocnění srdce a některých druhů rakoviny. Obezita je zodpovědná za 2–8 % nákladů na zdravotní péči a 10–13 % úmrtí v různých částech Evropského regionu WHO (WHO, 2012). Prevalence obezity se v mnoha zemích evropského regionu WHO od roku 1980 ztrojnásobila. V USA by mohla být střední délka života o 2 až 5 let kratší při zachování současných trendů vývoje obezity (Butler, 2008). Rostoucí výskyt obezity u dětí je zvláště znepokojující v tom, že má dlouhodobý dopad zdravotní stav obyvatelstva a je základem zdravého stárnutí budoucích generací. Podíl osob s nadváhou a obezitou se zvyšuje s věkem a je vyšší u osob s nižším vzděláním a nižším sociálně-ekonomickým postavením. Čím starší věková skupina, tím větší podíl osob s nadváhou a obezitou. Tento vztah je zvláště patrný u žen. (Eurostat, 2012)

Mezi další determinanty zdravého způsobu života patří tělesná aktivita, která se podílí na zdravém psychomotorickém vývoji, ale také předchází vzniku obezity. V České republice se každodenním tělesným aktivitám věnuje 21 % dospívajících chlapců a dívek, ve Francii 9,5 % dospívajících a ve Švédsku 10,5 % dospívající populace. Ve srovnání s těmito zeměmi je na tom tedy Česká republika nejlépe, přesto z hlediska výskytu obezity je naše republika na prvním místě.

Kouření je jedním z faktorů ovlivňujících vznik kardiovaskulárních chorob a nádorových onemocnění. Riziko úmrtí je u kuřáků dvakrát vyšší než u nekuřáků. Odhaduje se, že každý rok zemře v EU 350 000 lidí kvůli bronchiálnímu novotvaru (Holčík, 2010). Kontrola tabáku je navíc klíčovým faktorem při snižování nerovností v oblasti zdraví, neboť kouření odpovídá za přibližně polovinu rozdílu v očekávané délce života mezi nejnížší a nejvyšší příjmovou skupinou. (Marmot, 2010) Nejnížší podíl pravidelných kuřáků je v severských zemích. V České republice téměř jeden ze čtyř lidí denně kouří (platí pro rok 2009). Česká republika je jednou z mála zemí EU, které dosud nepřijaly právní předpisy o zákazu kouření v restauracích.

V České republice je mezi dospívajícími rozšířeno kouření u dívek z 23 % a u chlapců z 20 %. Ve Francii kouří asi 21 % dospívajících dívek a 17 % chlapců, ve Švédsku 8 % chlapců a 9 % dívek. Česká republika je tak ve srovnání se Švédskem a Francií na prvním místě v kuřáctví u dospívající populace. (zdroj dat: Health Behaviour in School-aged Children, 2010)

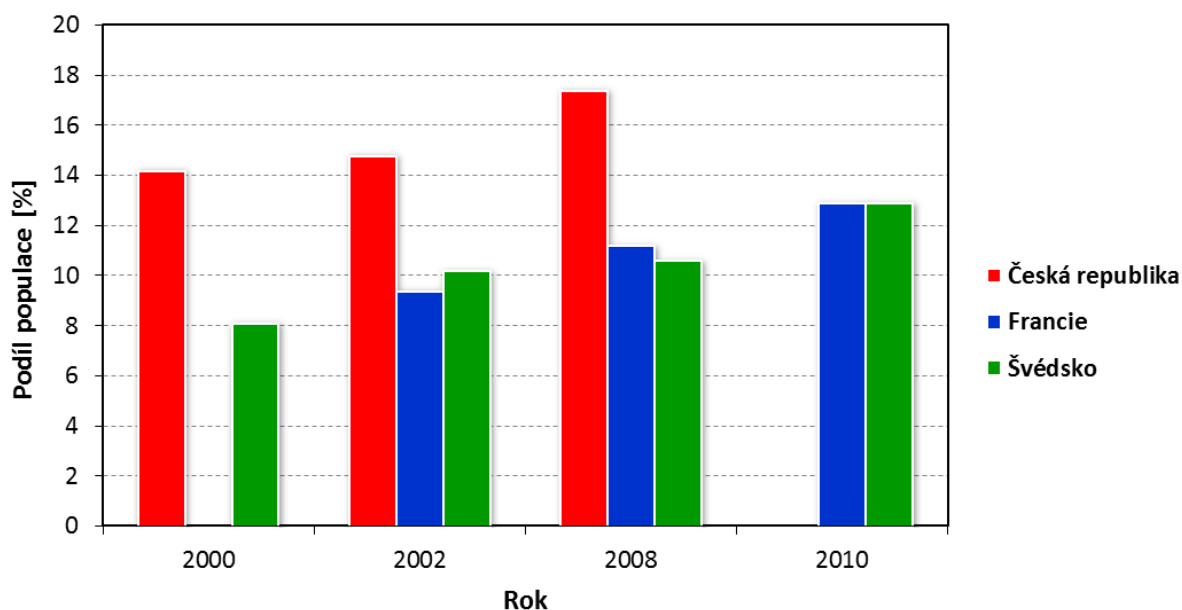
Graf 7: Procento populace starší 15 let každodenně kouřící tabákové výrobky



Zdroj: OECD Statistics, Non-Medical Determinants of Health

Komentář: V České republice bylo kuřáctví v roce 1999 rozšířeno u obyvatelstva nad 15 let z 23,5 %, ve Francii byl tento počet vyšší o 3 %, zatímco ve Švédsku činil podíl kuřáků 19 %. Podíváme-li se na situaci v roce 2008, můžeme vidět, že se počet kuřáků v České republice zvýšil o 1 %, ve Francii poklesl o 2 % a ve Švédsku se snížil o 4 %. Tento ukazatel má velký význam v oblasti veřejného zdraví vzhledem k tomu, že kouření je rizikovým faktorem vzniku kardiovaskulárních chorob a jiných onemocnění.

Graf 8: Podíl populace starší 15 let trpící obezitou



Zdroj: OECD Statistics, Non-Medical Determinants of Health

Komentář: Obezita u obyvatelstva věku nad 15 let se stanovuje dle BMI (body mass index); nad 30 bodů tohoto testu je na člověka pohlíženo jako na obézního. Česká republika má ze sledovaných zemí největší procento populace trpící obezitou. V roce 2002 dosahovala v ČR tato hodnota více než 14 %, ve Švédsku 10 % a ve Francii 9,5 %. Podíváme-li se na výsledky sledování v roce 2008, vykazuje Česká republika nárůst obezity na 17,5 %, tj. jde o zvýšení cca 3 %. Nárůst obézní populace můžeme také vidět u ostatních zemí, ale stále mají nižší procento obezity než v České republice (Švédsko i Francie v roce 2010 měly 12,8 % obézní populace).

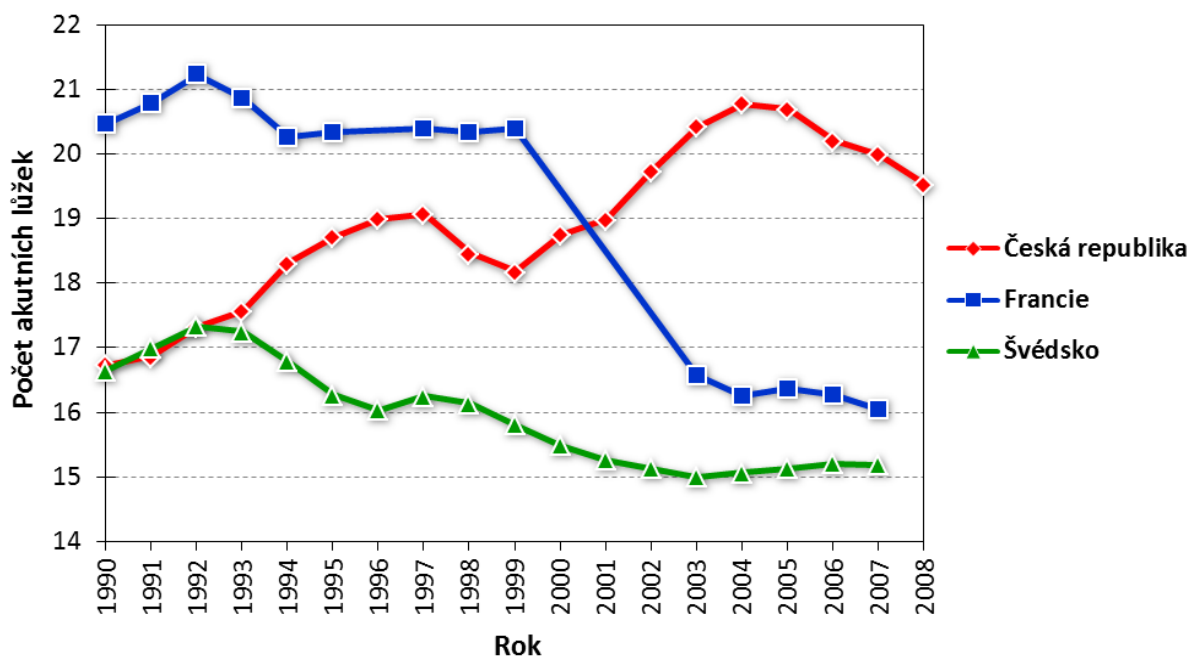
Také spotřeba alkoholu je rostoucí hrozbou pro veřejné zdraví. Konzumace alkoholu přispívá k předčasným úmrtím a disabilitě. V EU se podílí na vzniku 60 onemocnění a je zodpovědná za 200 000 úmrtí ročně. V roce 2004 bylo možno přičíst alkoholu asi 3,8 % všech úmrtí na světě: 6,2 % úmrtí u mužů a 1,1 % u žen. (WHO, 2012) Kromě toho, konzumace alkoholu přispívá k mnoha sociálním problémům, včetně násilí, domácího násilí, zneužívání dětí, zneužívání seniorů, dopravních nehodám atd. Rizikové faktory pro týrání starších osob, jako je konzumace alkoholu a drogová závislost, jsou spojeny se sociálně-ekonomickým statutem, sociální deprivací, vysokou mírou nezaměstnanosti, rostoucí nerovností příjmů a ztrátou sociálních podpůrných sítí. (WHO, 2011) Česká republika a ostatní země východní Evropy mají nejvyšší úroveň spotřeby lihovin měřených v litrech čistého alkoholu na osobu. Země severní Evropy a Itálie patří mezi země s nejnižší mírou

spotřeby lihovin. Česká republika má také nejvyšší úroveň spotřeby piva v litrech čistého alkoholu mezi zeměmi evropského regionu Světové zdravotnické organizace.

11.2. Poskytované zdravotnické služby

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat také dle počtu praktických lékařů, kteří zabezpečují primární zdravotnickou péči, počtu akutních lůžek ve zdravotnických zařízeních a počtu provedených angioplastik u klientů s kardiovaskulární chorobou a infarktem myokardu.

Graf 9: Počet akutních lůžek na 100 tis. obyvatel

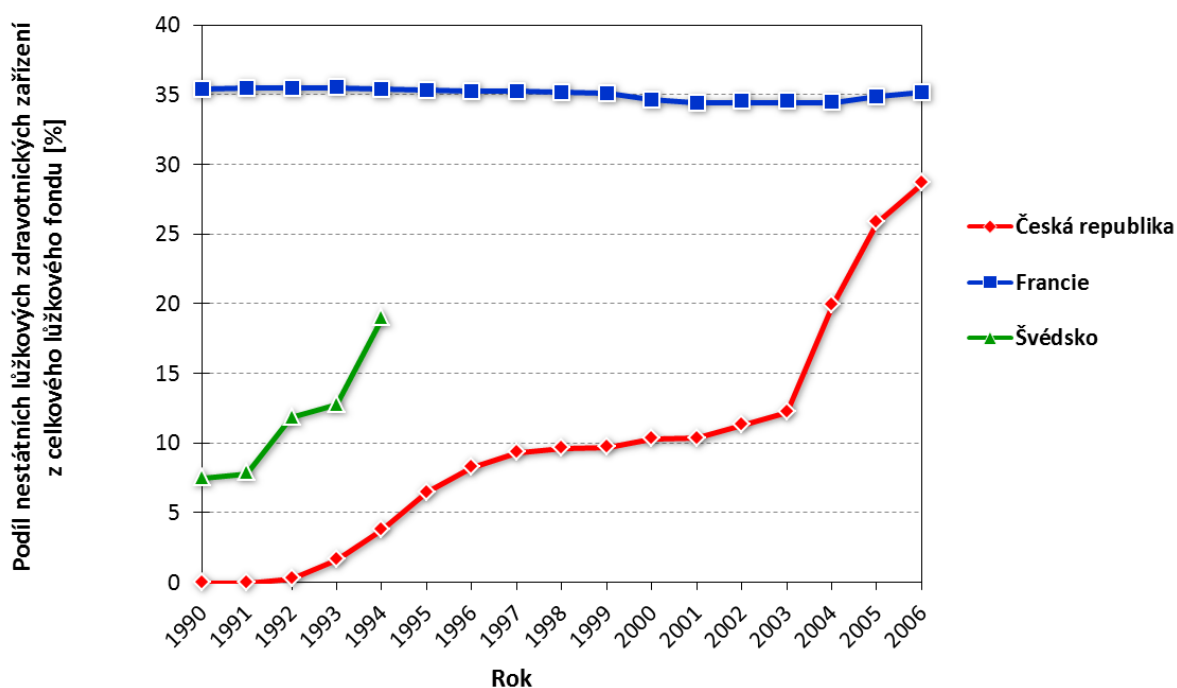


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Počet akutních lůžek je také jedním z indikátorů zdravotního stavu obyvatelstva. V roce 1995 bylo na 100 tis. obyvatel v České republice 921 akutních lůžek, ve Francii 873 a ve Švédsku 608 akutních lůžek. Můžeme tedy konstatovat, že švédský systém disponoval menším počtem akutních lůžek než další srovnávané země. V roce 2007 měla Česká republika 825 akutních lůžek (od roku 1995 pokles cca o 100 lůžek). Ve Francii došlo také k redukci lůžkové kapacity cca o 150 lůžek (na 716 lůžek akutní péče). Švédsko ukončilo sledování a vykazování svého lůžkového fondu v rámci zemí OECD již v roce 1997, kde byl lůžkový fond 522, to znamená oproti roku 1995 snížení cca o 80 lůžek. Ve Francii a ve Švédsku se projevuje trend snižujícího se počtu lůžek, v České republice se

počet lůžek významně nesnižuje. Porovnáme-li počet akutních lůžek v přepočtu na 1000 obyvatel od roku 1997 dle OECD, Česká republika měla 6,3 lůžek, Francie 4,4 a Švédsko 2,7 lůžek. V roce 2010 byl stav lůžek na 1000 obyvatel v České republice snížen na 4,9, ve Francii na 1,8 a ve Švédsku na 2,0 lůžek. Z tohoto ukazatele vyplývá, že Česká republika má stále nejvyšší počet lůžek akutní péče, i když od roku 1997 snižuje lůžkový fond.

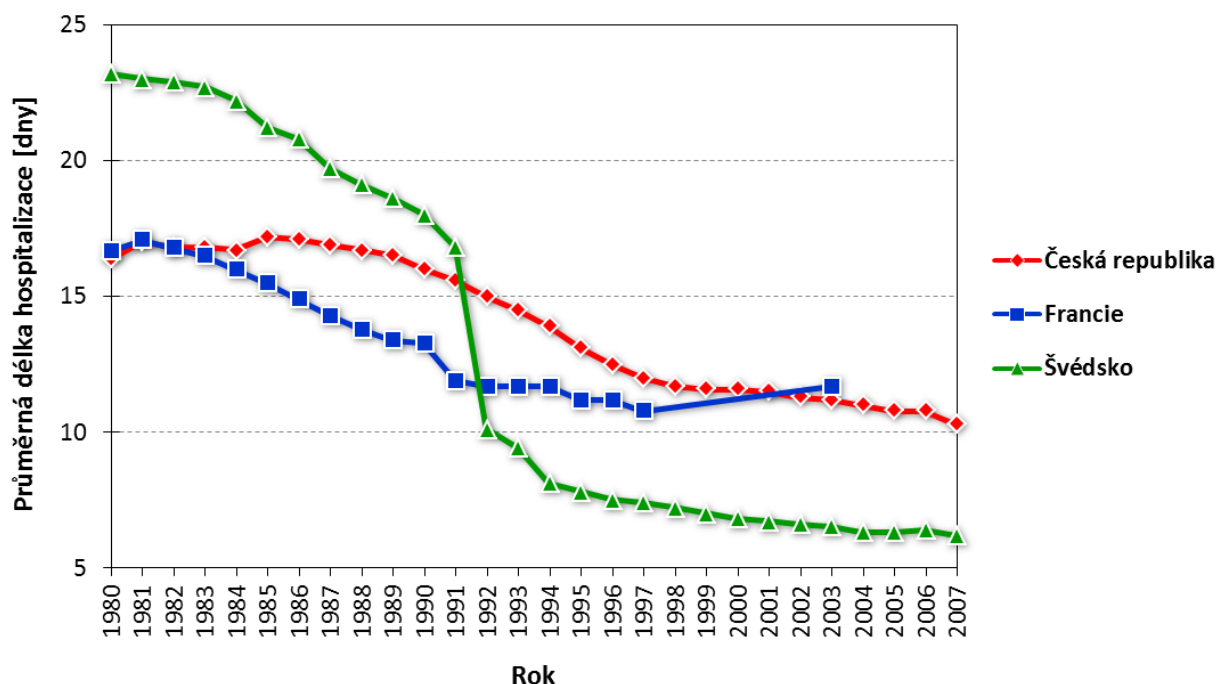
Graf 10: Počet nestátních lůžkových zdravotnických zařízení (procento z celkového lůžkového fondu)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Od roku 1992 se v České republice postupně rozšiřuje síť soukromých poskytovatelů, do roku 2006 na 28,73 % oproti roku 1992 (0,28 %). Ve Francii byla v roce 2006 síť zdravotní péče tvořena soukromými poskytovateli z 35,15 % a oproti roku 1992 se jejich počet dále nezvyšuje (35,4 %). Ve Švédsku se v roce 1990 začala rozšiřovat síť soukromých poskytovatelů ze 7,56 % do roku 1994 na 19,02 %.

Graf 11: Průměrná délka hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních

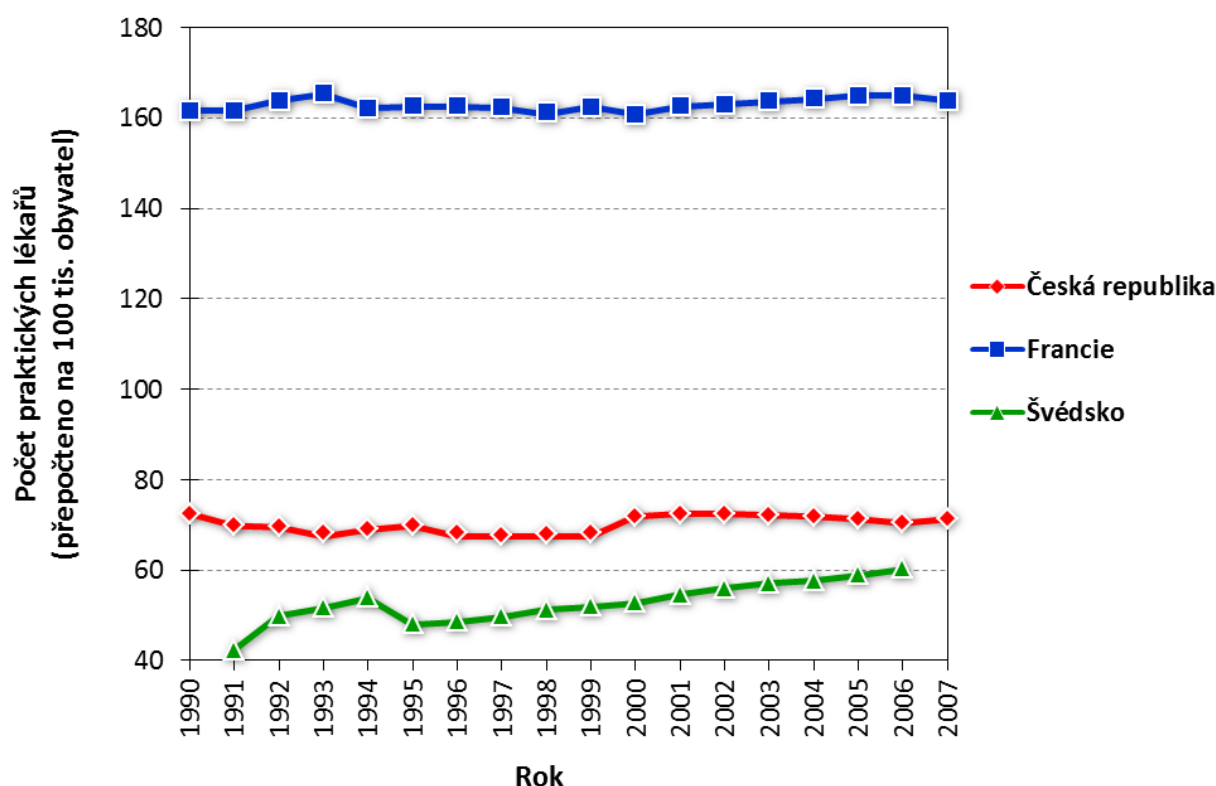


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Průměrná délka hospitalizace může být dalším odvozeným indikátorem o rozložení a podpoře ambulantní sítě specialistů, kteří přebírají klienta do další péče. Průměrná délka hospitalizace ve všech zemích má od roku 1980 snižující se tendenci, v České republice a Francii byla délka hospitalizace cca 16 dní a ve Švédsku 23,2 dní. Pokud se podíváme na situaci v České republice v roce 2007, nastal pokles průměrné hospitalizace o 6 dní (na 10,3 dní) a podobně tento trend nastal také ve Francii. Ve Švédsku můžeme vidět obrovský trend ve snižování počtu dní hospitalizace (pokles o 17 dní). Je velice důležité také říci, že Švédsko má oproti srovnávaným zemím o jednu třetinu nižší lůžkový fond. Průměrná délka hospitalizace v České republice v roce 2010 byla dle OECD 7,1 dní, ve Francii 5,7 dní a ve Švédsku také 5,7 dní.

V roce 2008 byl počet hospitalizací z důvodu kardiovaskulárních chorob na 1000 obyvatel v České republice 29, ve Francii 21 a ve Švédsku 26 případů.

Graf 12: Počet praktických lékařů přepočtený na 100 tis. obyvatel



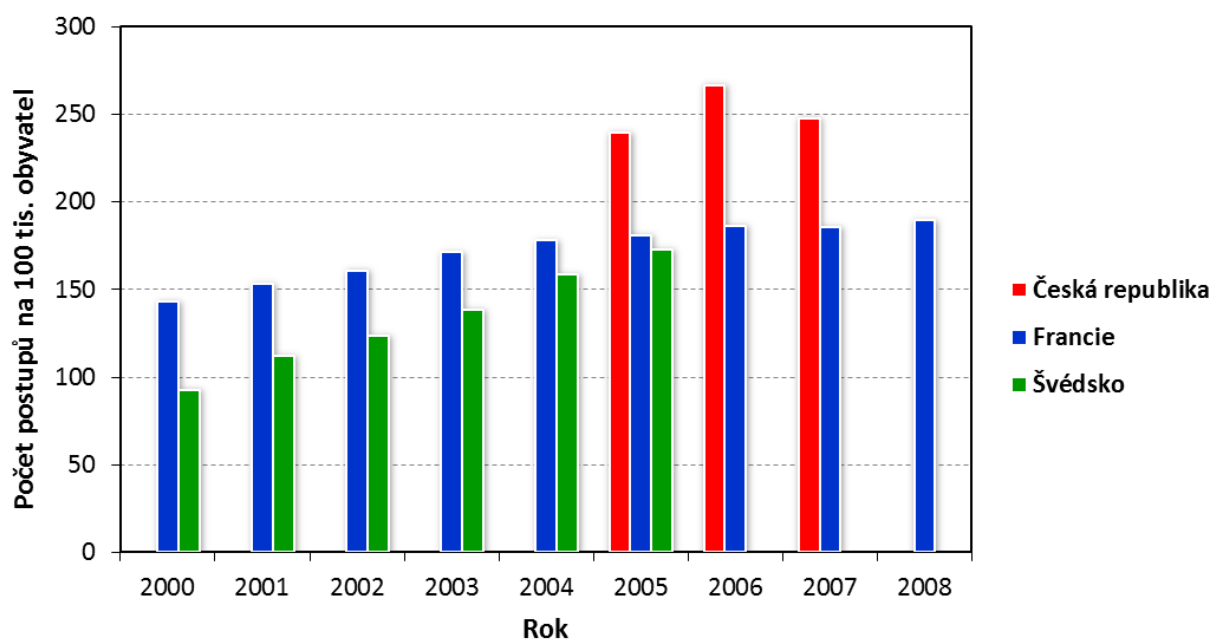
Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Počet lékařů v primární péči je dalším velice důležitým indikátorem z hlediska léčebné a preventivní péče o obyvatelstvo. V roce 1991 bylo v České republice na 100 tis. obyvatel 70 lékařů, ve Francii 162 lékařů, zatímco ve Švédsku to bylo pouze 50 lékařů. Pokud se podíváme na časový trend ve vývoji počtu lékařů v primární péči, až do 2007, můžeme konstatovat, že se v České republice počet lékařů výrazně nezměnil (71 lékařů). Ve Švédsku je podobná situace, kdy se počet lékařů navýšil o 10 na 100 tis. obyvatel. Švédsko a Česká republika mají v porovnání s Francií nižší počet lékařů v primární péči, kde se postupně od roku 1990 (42,5 lékařů na 100 tis. obyvatel) do roku 2006 zvyšuje počet lékařů v primární péči (60,43 lékařů). V ČR se nezvyšuje počet lékařů a velice zaostává za Francií. Dle statistických údajů zemí OECD je počet praktických lékařů na 1000 obyvatel mezi srovnávanými zeměmi velice vyrovnaný, v České republice je to 3,6 lékaře, ve Francii 3,3 lékaře a ve Švédsku 3,6 lékaře. Z hlediska trendu od roku 2000 do roku 2008 dochází ke zvyšování počtu lékařů, v České republice o 0,8 %, ve Francii o 0,2 % a ve Švédsku o 2,5 %. Švédsko tedy od roku 2000 nejvýrazněji posílilo síť praktických lékařů. Na tento problém se lze podívat i ze strany struktury lékařů specialistů v síti

poskytovatelů. Dle zprávy OECD jsou nejvíce lékaři se specializací v oborech: pediatrie, chirurgie, gynekologie a psychiatrie. Samostatně jsou uváděni lékaři se specializací v interním oboru, kteří působí v územní/spádové oblasti. V České republice je síť poskytovatelů rozložena následovně: 19,9 % praktičtí lékaři, 5 % interní lékaři v územní/spádové oblasti a ze 75 % tvoří síť poskytovatelé specializovaných lékařských oborů. Ve Francii tvoří síť 48,7 % praktických lékařů, 5 % lékaři se specializací v interních oborech a cca 57 % tvoří síť specializovaných lékařských oborů. Ve Švédsku je 16,9 % praktických lékařů a zbytek sítě tvoří další specialisté. Švédsko nerozlišuje specializace lékařů jako jiné země. Pokud budeme hodnotit rozložení sítě poskytovatelů praktických lékařů, můžeme konstatovat, že Francie má v rámci srovnávaných zemí nejvíce praktických lékařů. (Health at a Glance, 2010)

V tomto kontextu je vhodné zohlednit i počet nelékařských pracovníků, kde jsou zahrnuty všeobecné sestry, vykonávající přímou ošetrovatelskou péči o klienty, dále sestry pracující v sekci managementu a v edukační činnosti ve sledovaném období roku 2008. Dále celková statistická data rozlišují zdravotnické asistenty a všeobecné sestry. V České republice připadá na 1000 obyvatel 8 úvazků všeobecných sester a 1,7 zdravotnického asistenta. Ve Francii je 8 úvazků všeobecných sester a 8,5 úvazků zdravotnických asistentů. Ve Švédsku nerozlišují všeobecné sestry a zdravotnické asistenty a tento údaj je vykazován jako celek, tedy 10,8 úvazků na 1000 obyvatel. Z daných výsledků můžeme konstatovat, že ve Francii je počet úvazků všeobecných sester a zdravotnických asistentů na vyšší úrovni než ve srovnávaných zemích. Od roku 2008 do roku 2010 se počet všeobecných sester nezměnil v žádné sledované zemi.

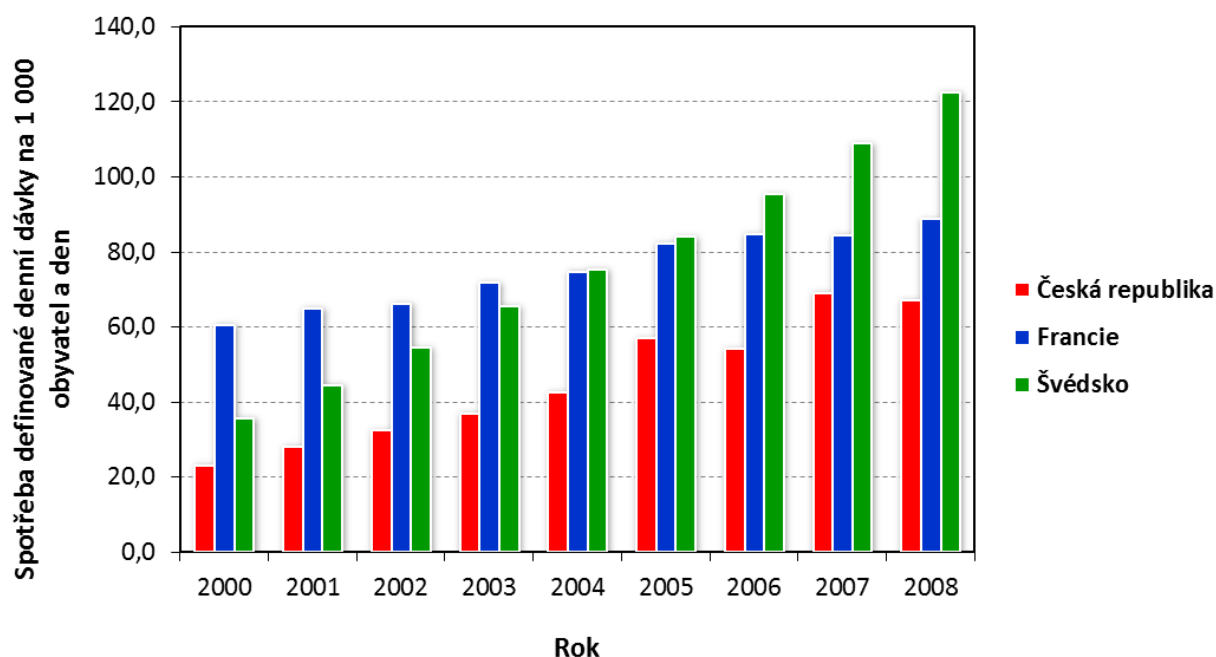
Graf 13: PTCA postupy na 100 tis. obyvatel



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Mezi ukazatele v léčbě infarktu myokardu patří sledování počtu invazivních výkonů PTCA na 100 tis. obyvatel. V České republice lze pozorovat zavádění tohoto invazivního postupu. V roce 2005 bylo provedeno 239 výkonů. V dalších letech je počet výkonů stabilizovaný s mírnými výkyvy. Ve Francii má mírně rostoucí tendenci od roku 2000, kdy bylo provedeno 143 výkonů, zatímco v roce 2008 bylo provedeno 189 výkonů. V porovnání s Českou republikou je to o 80 případů méně na 100 tis. obyvatel. Švédsko v roce 2000 vykazuje 93 výkonů a zvyšující se trend léčby touto metodou do roku 2005, kdy bylo provedeno 173 výkonů.

Graf 14: Spotřeba léků na snižování hladiny cholesterolu v krvi na 1000 obyvatel a den

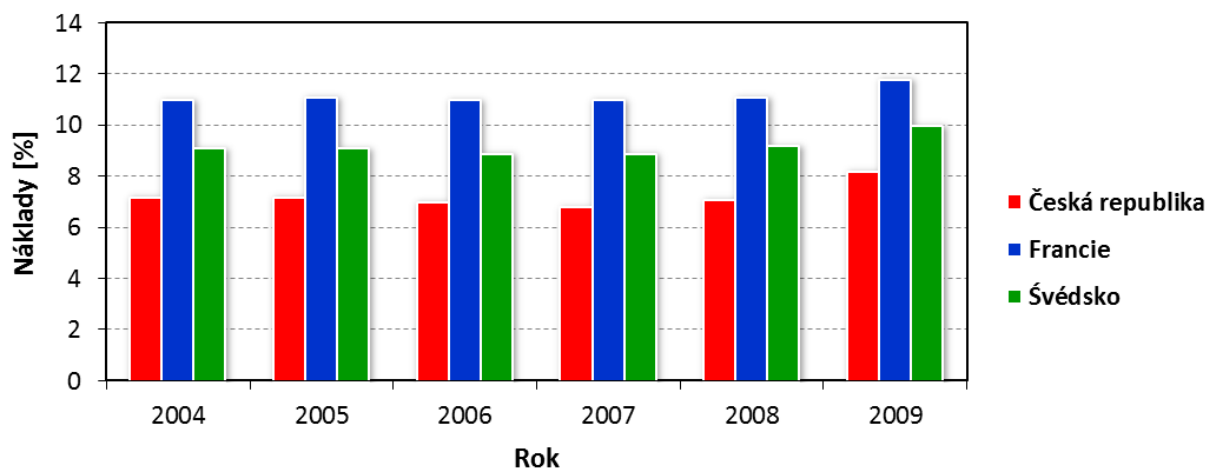


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Jedním z indikátorů léčby rizikových faktorů u klientů, kteří trpí vysokou hladinou lipidů, je léčba farmaky, jež se podílejí na snižování hladiny cholesterolu. Správná léčba tohoto rizikového faktoru může často předejít rozvoji kardiovaskulárního onemocnění. Definovaná denní dávka u těchto farmak na 1000 obyvatel ukazuje, jak je tato léčebná metoda používána v praxi a zda je klient správně farmakologicky léčen dle platných standardů. V České republice se definovaná denní spotřeba farmak od roku 2000 (23 na 1000 obyvatel) do roku 2008 významně zvýšila (na 67 obyvatel). Ve Francii je sekundární prevence využívána od roku 2000 (65 na 1000 obyvatel) a tento trend správné léčby je postupně zvyšován do roku 2008 (89 obyvatel). Ve Švédsku od roku 2000 (36 na 1000 obyvatel) nastává zvyšující se tendence používat farmaka v rámci sekundární prevence a v roce 2008 tuto správnou indikaci léků léčby uplatňují u 122 klientů. V České republice se dle získaných poznatků nedostatečně využívá účelné farmakoterapie v léčbě vysoké hranice lipidů. Pokud porovnáme v České republice výkony PTCA a samotnou sekundární prevenci, je zřejmé, že je více pozornosti věnováno invazivní metodě PTCA.

11.3. Financování zdravotnictví a alokace zdrojů

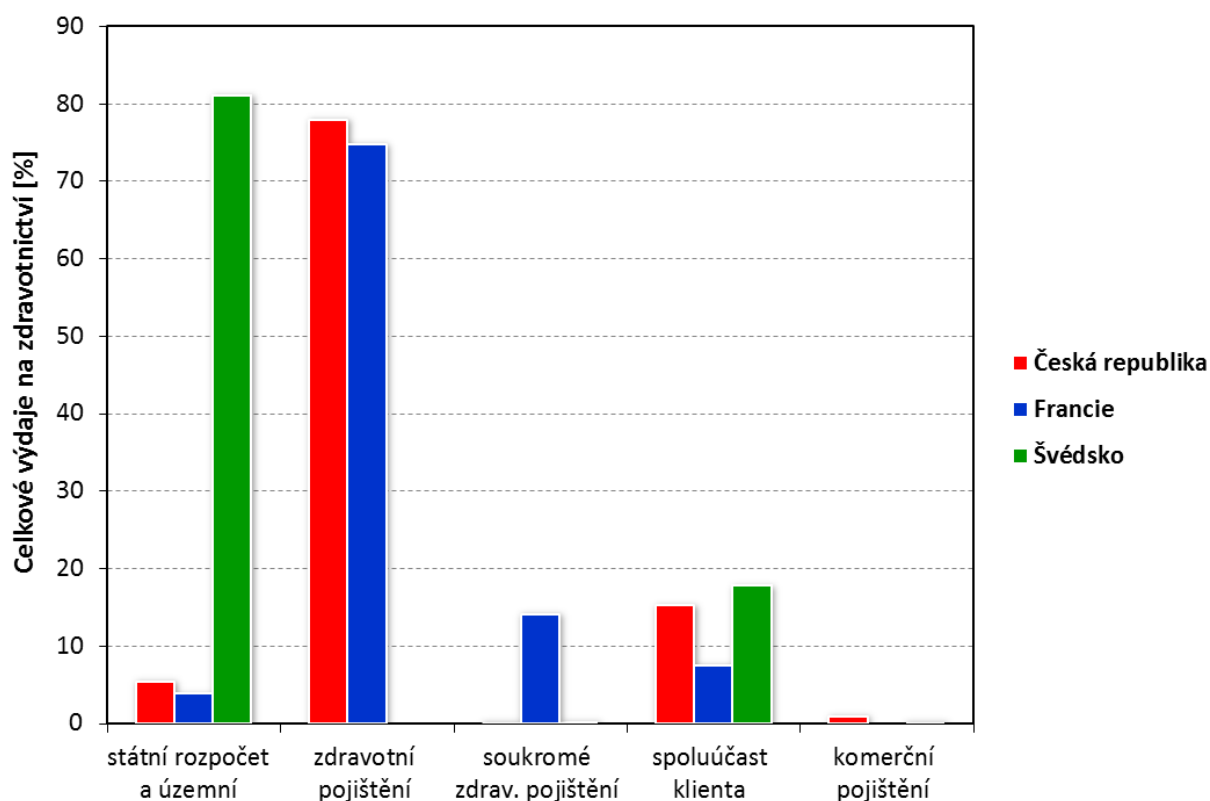
Graf 15: Náklady na zdravotní péči jako podíl hrubého domácího produktu (v %)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Z hlediska podílu celkových výdajů na zdravotnictví (tj. součet všech výdajů zdravotnických služeb, zdravotnických prostředků a léčiv) k celkovému hrubému domácímu produktu v roce 2004 Česká republika alokovala do zdravotnictví 7,2 %, Švédsko 9,1 % a Francie 11 % financí. V roce 2009 byl v České republice zaznamenán nárůst o 1 % na 8,2 % z HDP, ve Švédsku došlo k nárůstu o 0,9 % a ve Francii o 0,8 % HDP. Porovnáme-li tedy tyto země, pak Česká republika alokuje nejméně finančních prostředků z celkových výdajů do zdravotnictví. Srovnáme-li ještě z těchto celkových výdajů náklady na veřejné zdraví (preventivní programy), Česká republika alokuje cca 2,7 %, Švédsko 3,6 % a Francie 2 % z celkových nákladů na zdravotnictví. (OECD Statistics)

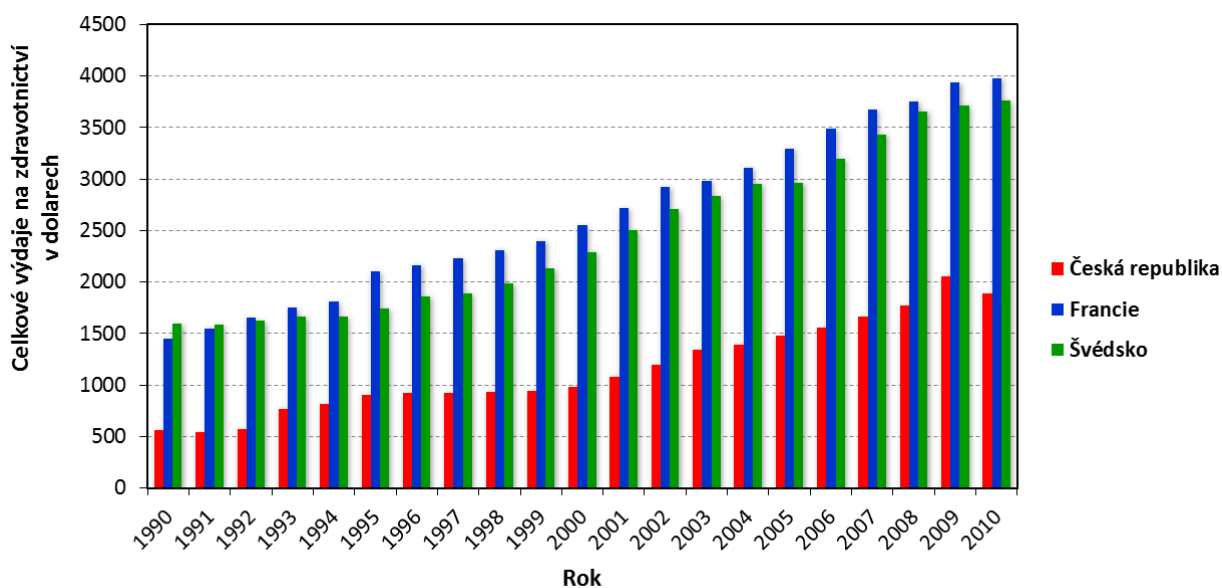
Graf 16. : Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2010 (v %)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Z hlediska jednotlivých forem financování, Česká republika financuje zdravotnický systém ze státního rozpočtu a územních samospráv z 5,4 %, Francie z 3,8 % a Švédsko z 81 %. Z grafu je patrný výrazně rozdílný systém financování ve Švédsku (především ze státního rozpočtu) oproti Francii a České republice, kde je převážný podíl prostředků financován ze zdravotního pojištění (v České republice 77,9 % a ve Francii 73,7 %). Soukromé zdravotní pojištění je více uplatňováno ve Francii, který je přizpůsobený i systém komerčních pojišťoven. Spoluúčast klienta je také rozdílná z pohledu zavedeného systému zdravotního pojištění. V České republice je spoluúčast 15,2 % a ve Švédsku 17,7 %, zatímco ve Francii je pouze 7,5 %, neboť klienti využívají systém privátního zdravotního pojištění. Komerční připojištění na zdravotní péči je využíváno především v České republice, ale pouze v malé míře (0,9 %), zatímco v ostatních srovnávaných zemích je nastaven jiný způsob připojištění na zdravotní péči.

Graf 17: Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele (v dolarech)

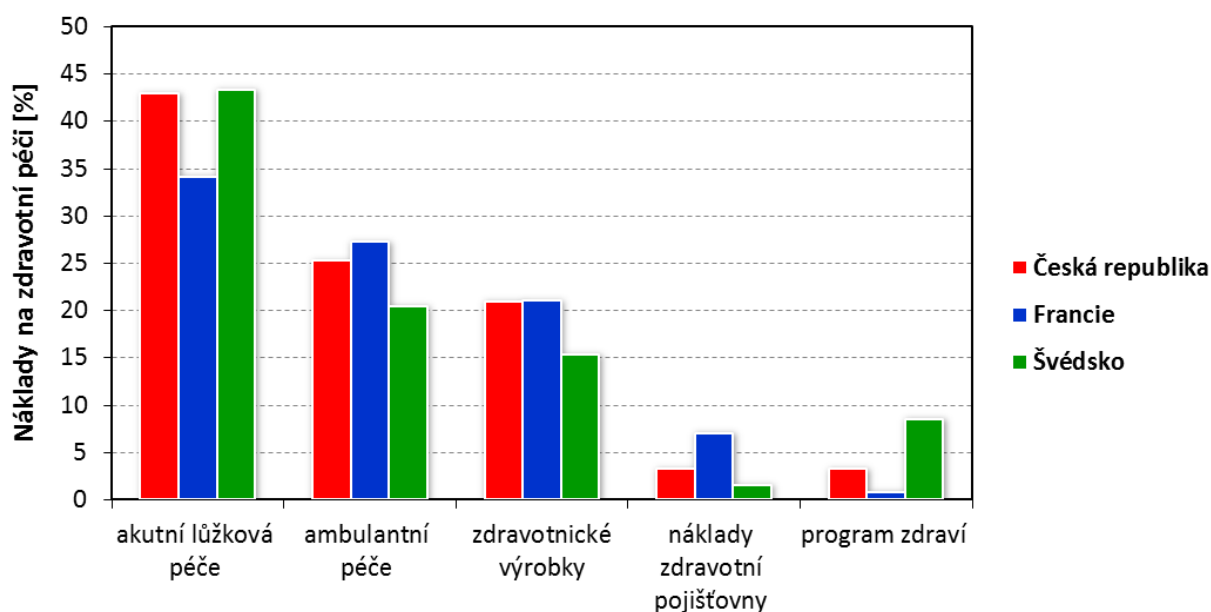


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Množství výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele vypovídá o alokaci zdrojů do zdravotní péče. Česká republika v roce 1999 alokovala 938 dolarů na 1 obyvatele za rok, zatímco Švédsko alokovalo 2129 dolarů a Francie 2396 dolarů. Pokud se podíváme na rok 2010, navýšila se v České republice alokace finančních zdrojů na 1 obyvatele na 1884 dolarů, ve Švédsku na 3758 dolarů a ve Francii na 3974 dolarů na obyvatele. Česká republika tedy alokuje méně prostředků na zdravotní péči na jednoho obyvatele a nedosahuje v roce 2010 ani k nákladům v ostatních zemích v roce 1999.

Mezi další ukazatele patří podíl celkových nákladů na předepsaná léčiva, která tvoří v České republice a Francii asi 2 % a ve Švédsku 1 % z celkových nákladů na zdravotní péči z HDP.

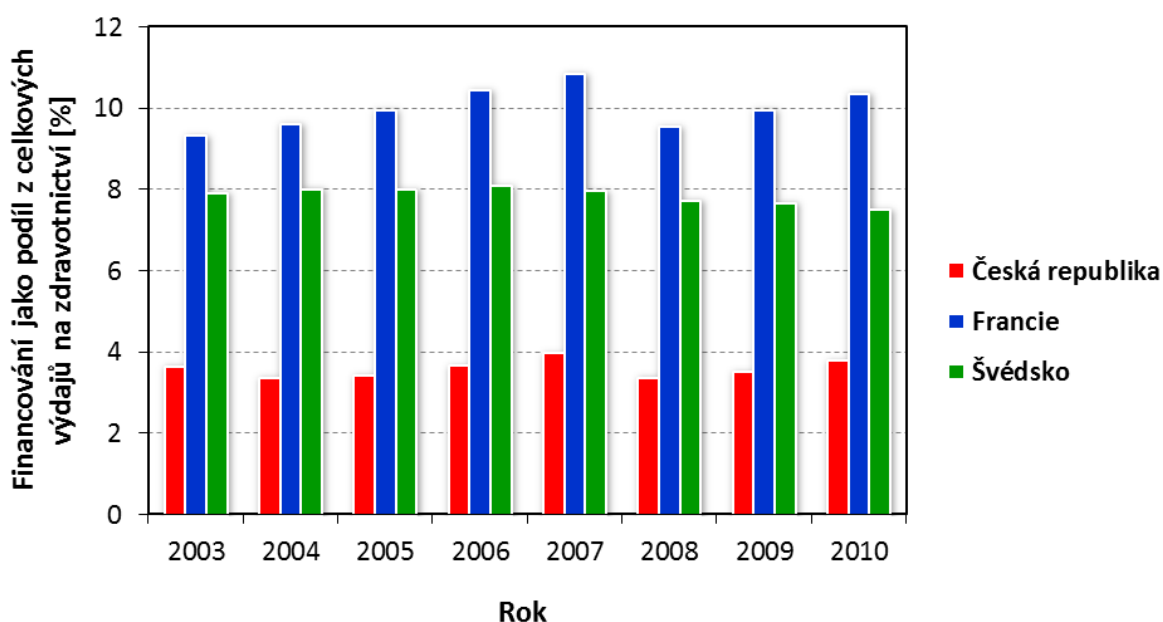
Graf 18: Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých typů zdravotní péče (v %)



Zdroj: OECD Health Data 2011,

Komentář: V roce 2010 bylo na akutní lůžkovou péči alokováno v České republice podobně jako ve Švédsku 43 % z celkových nákladů na zdravotní péči, zatímco ve Francii bylo alokováno pouze 34 % z celkových nákladů. V ambulantní péči bylo alokováno v České republice 25,2 %, ve Švédsku 20,4 % a ve Francii 27,2 %. Z tohoto indikátoru můžeme konstatovat, že ve Francii je více klientů léčeno v ambulantní péči než v ostatních zemích. Zajímavý pohled na alokaci zdrojů v administrativní správě zdravotních pojišťoven je ve Francii, která vykazuje 7 % celkových nákladů, zatímco Česká republika pouze 3 % nákladů. Otázkou zůstává, zda je v České republice věnována dostatečná pozornost alokaci zdrojů vzhledem k celkové výkonnosti zdravotních pojišťoven. Dále jsou velké rozdíly mezi výdaji na programy zdraví (veřejné zdraví), které jsou nejvyšší ve Švédsku (z 8,5 %), v České republice je to 3,2 % a ve Francii 0,8 %. Můžeme dle výsledků konstatovat, že Švédsko je zemí, která nejvíce finančních prostředků alokuje do programů veřejného zdraví.

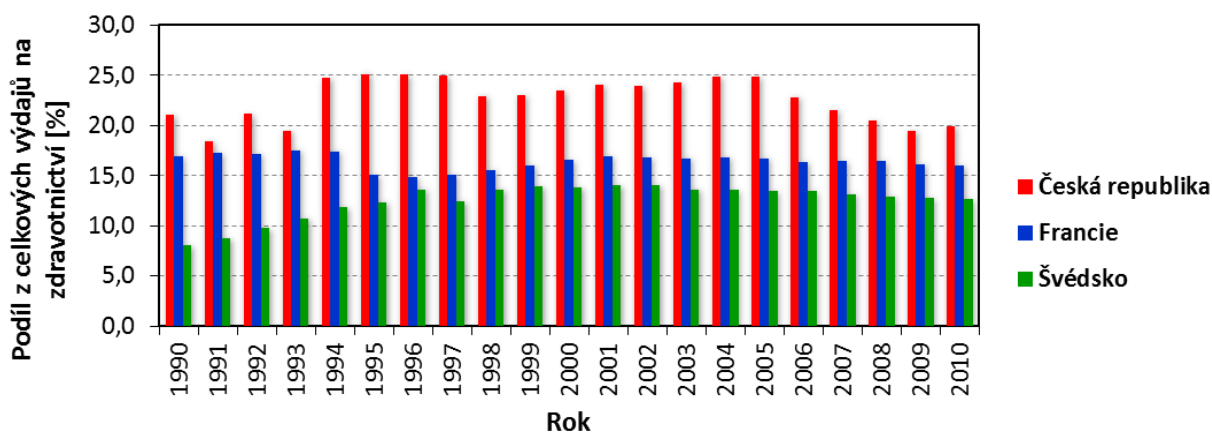
Graf 19: Financování dlouhodobé ošetrovatelské péče jako podíl z celkových výdajů na zdravotnictví



Zdroj: OECD Health Data 2011,

Komentář: Indikátor alokace finančních zdrojů do dlouhodobé ošetrovatelské péče z celkových výdajů do zdravotnického systému nám ukazuje, zda je tento typ péče podporován. V České republice je dlouhodobá péče oproti srovnávaným zemím hluboko podfinancována. Na základě statistických údajů můžeme konstatovat, že se od roku 2003 do roku 2010 neměnil trend financování, kdy je alokováno na tuto oblast pouze 3,8 %, zatímco ve Francii je dlouhodobá péče financována z 10,5 % oproti roku 2003 (9,5 %), ve Švédsku bylo alokováno 8 % v roce 2003 a v roce 2010 o 0,5 % méně.

Graf 20: Celkové výdaje na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby (% z celkových výdajů na zdravotnictví)

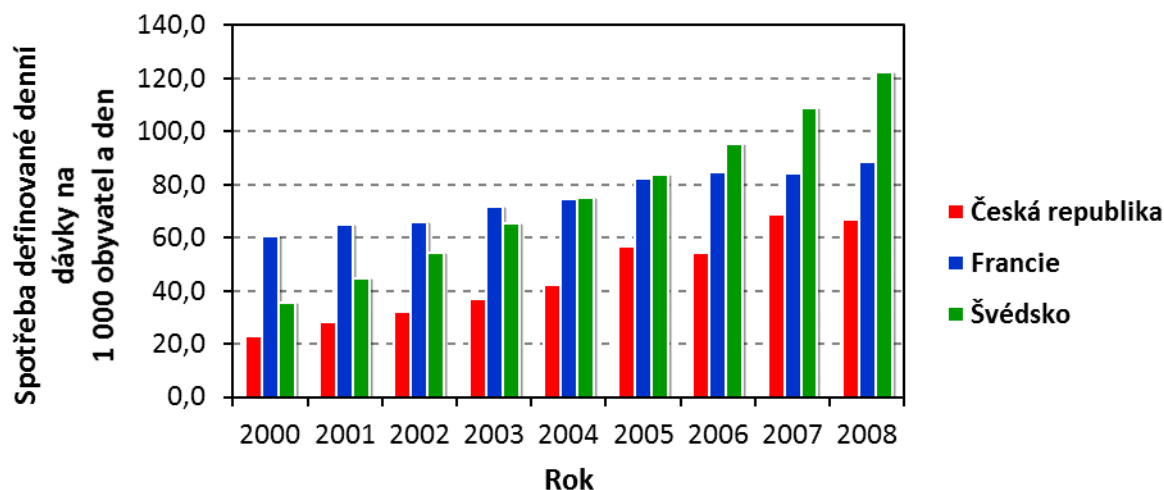


Zdroj: OECD Health Data 2011,

Komentář: Česká republika v roce 1990 alokovala 24,9 % na léky a ostatní léčiva z celkových nákladů, Švédsko 12,4 % a Francie 15 %. Můžeme konstatovat, že Česká

republika vydala na léčiva oproti srovnávaným zemím více finančních prostředků. V roce 2010 se snížily náklady na léčiva v České republice na 19,9 %, přičemž v ostatních zemích vzrostly: ve Francii o 1 % na 16 % a ve Švédsku o 0,4 %. Náklady na léčiva jsou stále v České republice vyšší než v ostatních zemích.

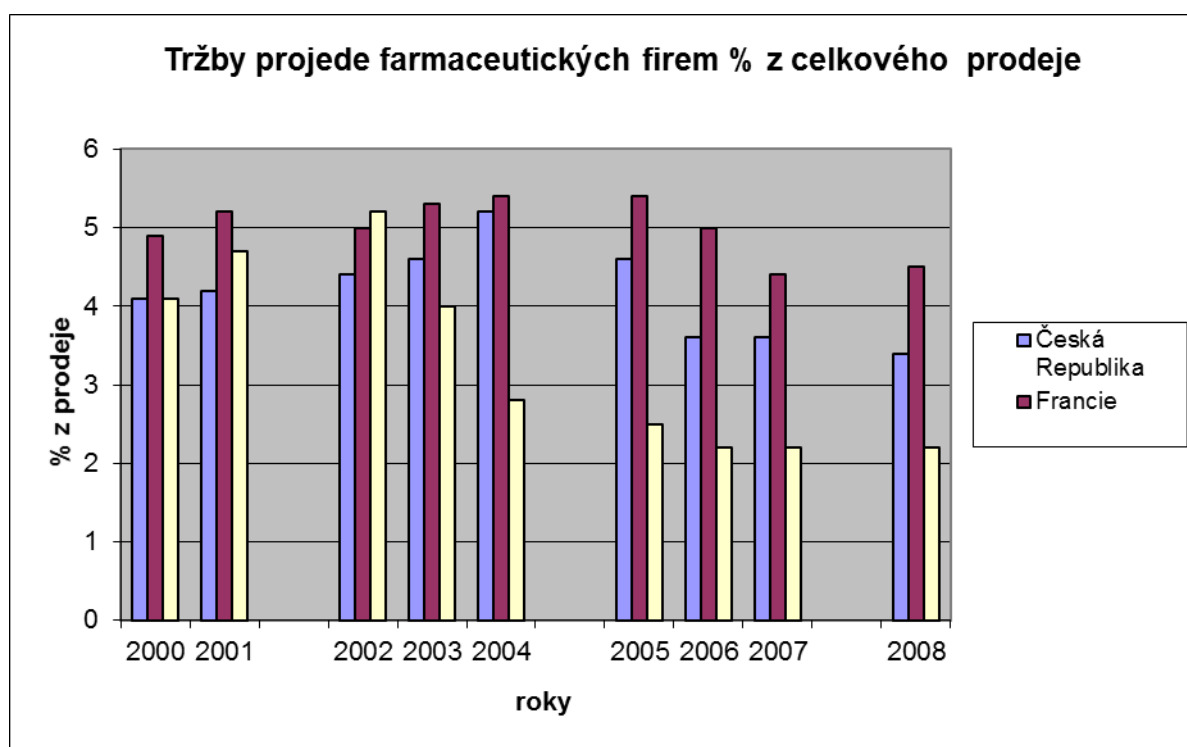
Graf 21: Spotřeba léků na snižování hladin cholesterolu v krvi na 1000 obyvatel a den



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Denní dávka C 10 lipidů na 1000 obyvatel je dalším ukazatelem, jak jsou v praxi léčeni klienti, kteří mají vysokou hladinu cholesterolu v krvi. Hypercholesterolemie je brána jako jeden z rizikových faktorů, který může způsobit kardiovaskulární choroby. Dále může být i ukazatelem, zda je klient správně léčen a do jaké míry je uplatňována v praxi sekundární prevence léčby kardiovaskulárních chorob. Z výše uvedeného grafu plyne, že v České republice v roce 2000 byla v malé míře uplatňována léčba rizikového faktoru nebo klienti nebyli včas zachyceni v rámci preventivních prohlídek (23,1 klientů). Ve stejném období Francie vykazovala 60,5 klientů na doporučené denní dávce a tento ukazatel byl o dvě třetiny vyšší než ve Švédsku (35,6). V roce 2008 se v České republice zvýšila léčba klientů o dvě třetiny (67), ve Francii se trend zvýšil o jednu třetinu léčených klientů (90). Ve Švédsku se léčba rizikových faktorů značně navýšila na 122,4 obyvatel na 1000 obyvatel/den (oproti roku 2000 z 35,6). Můžeme tedy konstatovat, že Švédsko přistoupilo zásadním způsobem k léčbě rizikového faktoru.

Graf 22: Tržby z prodeje léčiv farmaceutických firem (% z celkového prodeje)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Tento ukazatel je velice zajímavý z hlediska tržeb farmaceutických firem, které nabízejí léčiva ovlivňující rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. Podíváme-li se na tento ukazatel v České republice, byly tržby v roce 2000 4,1 % a v roce 2008 3,4 % z celkového prodeje léčiv. Ve Francii byly tržby v roce 2000 4,9 % a v roce 2008 4,5 %. Ve Švédsku byly tržby v roce 2000 4,1 % a v roce 2008 2,2 %. V souvislosti s předchozím grafem se nabízí otázka, zda v České republice, která oproti Švédsku vykazuje menší počet léčených klientů, jsou léčiva dražší než ve srovnávaných zemích. Ve Švédsku se zvýšil počet léčených klientů a farmaceutickým firmám klesly průměrné tržby. Z této analýzy tedy vyplývá, že cena léčiv je nižší než v České republice. Ve Francii v tomto srovnávaném období nedochází k žádným velkým změnám týkajících se procent tržeb. V České republice klesly tržby farmaceutických firem asi o 0,7 %.

12. Dlouhodobá péče v České republice

V posledních 6 letech, která se prakticky kryjí s doktorským studiem na UK FHS, jsem se zabývala problematikou dlouhodobé péče v rámci různých pracovních skupin k této problematice a v rámci své činnosti na Ministerstvu práce a sociálních věcí a v rámci výzkumného úkolu NT 11325 IGA MZ ČR zadaného Centru pro výzkum dlouhověkosti a

dlouhodobé péče jsem se podílela také na řešení některých dílčích úkolů a analýz v problematice dlouhodobé péče v České republice. Tato problematika do značné míry ovlivnila i můj náhled na problematiku zdravotnictví a některých jeho etických problémů. Dlouhodobá péče zahrnuje zdravotní péči o nejkřehčí a nejzranitelnější skupiny pacientů. Domnívám se proto, že na problematice dlouhodobé péče lze velmi dobře dokumentovat některé etické problémy, které vznikají v rámci poskytování zdravotní péče a které jsou právě v této oblasti velmi výrazné. Tyto problémy ilustruji kasuistikami dvou pacientů.

Mezinárodní organizace OECD definuje dlouhodobou péči (LTC) péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí na pomoci druhé osoby. Schopnost vykonávat každodenní sebe obslužné aktivity jsou sníženy. Sebe obslužné aktivity dělíme na základní denní aktivity (bazální), kam například řadíme oblékání, schopnost se najíst, kontinenci, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu. Dále na instrumentální sebe obslužné aktivity, které člověku umožňují žít nezávisle ve své komunitě, kam řadíme například nakupování, běžné domácí práce, přípravu jídla, obstarání financí.

Pro definici dlouhodobé péče je klíčová právě potřeba zkombinovat významný podíl zdravotní a sociální péče. Dlouhodobou péči potřebují lidé v důsledku zhoršené schopnosti sebeobsluhy, která může být díky zdravotnímu postižení vrozená nebo získaná v průběhu života v důsledku zhoršení zdravotního stavu.

Z pohledu zdravotnictví je dlouhodobá péče po fázi akutní a následné péče třetí fází poskytování zdravotních služeb. Je zaměřena na klienty, u kterých se ani zákroky moderní medicíny ani intenzivní rehabilitací nepodařilo plně obnovit jejich funkční schopnosti a kteří potřebují dlouhodobou systematickou zdravotní péči zejména charakteru ošetrovatelské péče. (Válková, Korejsová, Holmerová, 2009). Jako příklad uvedu dvě kazuistiky klientek, kterým byla poskytována dlouhodobá péče, a to z pohledu dobré a špatné praxe.

12.1. Kazuistika klientky s insuficiencí jater

Paní J. P. narozena 25. 6. 1949, propouštěna z interního oddělení nemocnice. Diagnóza jaterní selhání (insuficience), které bylo vyhodnoceno jako závažný stav u klientky a byla zařazena do transplantačního programu. Selhání jater bylo podmíněno chronickým stavem jaterní cirhózy. Zdravotní stav klientky byl zhoršený z hlediska mobility a schopnosti péče o vlastní osobu. Před propuštěním klientky z hospitalizace do domácího ošetřování kontaktoval manžel klientky Agenturu pečovatelské služby, která převzala

klientku do péče k zajištění pečovatelské služby. Tato agentura se starala o klientku před hospitalizací 4 měsíce. Služba před zhoršením stavu klientky byla poskytována ob den 1 h denně, pouze v pracovních dnech. Agentura zajišťovala především dovážku stravy a úklid domácnosti. Agentura domácí péče zajišťovala především odběry biologického materiálu.

Druhý den po propuštění navštívila sociální pracovnice klientku v rámci sociálního šetření a k naplánování sociální služby- osobní asistence. U sociálního šetření v rodině byl přítomen manžel a dcera klientky. Sociální pracovnice dle standardu kvality sociálních služeb (Standard č. 3. Jednání se zájemcem služby) vyhodnotila sociální situaci klientky a stanovila sociální potřeby klienta a individuální plán sociální péče. V rámci sociálního šetření byly posuzovány tyto oblasti disability: mobilita, zdravotní stav, výživa, schopnost sebez péče, duševní zdraví, společenské chování/ život v komunitě, údržba domova. Klientka bydlí společně s manželem v rodinném domě, který je bezbariérově upraven, neboť její zdravotní stav již vyžadoval úpravu prostředí. O klientku se společně starají manžel a dcera, kteří však docházeli do zaměstnání. Klientka v den sociálního šetření (druhý den po propuštění z hospitalizace) se po místnosti pohybovala v pojízdném vozíku, potřebovala pomoc při vstávání z lůžka a přesunu na vozík, na toaletu. Celkově zhoršený zdravotní stav, ikterus, ascites, otoky dolních končetin. Klientka nebyla schopna provádět základní denní aktivity-schopnost pečovat o vlastní osobu (osobní hygiena, příprava stravy, sama se najíst, obléknout se). Její duševní zdraví bylo narušené z hlediska uvědomování si závažné zdravotní situace, ale doufala, že transplantace bude v co nejbližším časovém horizontu. Neměla zájem o společenské aktivity, ale pouze o procházky v přírodě a na zahradě. Údržbu domova nezvládala.

Manžel s dcerou zajišťovali chod domácnosti, dcera připravovala speciální stravu pro klientku (hlavním opatřením je dieta s nízkým obsahem proteinu - asi 20 až 50 g denně, omezení bílkovin především živočišného původu (především masa a krevní výrobky). Strava byla lehce stravitelná, nesmažená, zelenina bez nadýmavých účinků. Dcera poučena nutriční terapeutkou ze zdravotnického zařízení a byla edukována jak připravovat stravu. Klientka byla příjemcem příspěvku na péči ve II. stupni (4 000,- Kč) a držitelkou průkazu ZPT a měla přiznaný invalidní důchod II. stupně (8 200,- Kč). Před hospitalizací byla soběstačná, zvládala péči o vlastní osobu s dopomocí manžela a dcery. V době sociálního šetření není schopna zvládat denní aktivity a péči o domácnost. Barthel test 40 bodů (vysoce závislá). Byl uzavřen kontrakt mezi Agenturou pečovatelské služby na zajištění osobní asistence formou sdílené péče.

Dále byl sepsán s manželem a klientkou požadavek na zahájení správného řízení na zvýšení příspěvku na péči. Byl vypracován individuální plán sociální péče, který stanovil osobní cíl a plán na příští období 3. měsíců, který spočíval ve stanovení časového harmonogramu sociálních úkonů a také přání klientky a jejího manžela, jak bude péče probíhat. Klientka si stanovila svůj osobní cíl, že chce být soběstačnější, aby mohla zvládat osobní hygienu a zlepšení mobility, vstát z vozíku a pohybovat se po místnosti pomocí chodítka. Harmonogram péče byl stanoven dle časových možností manžela a dcery, kteří chodili do zaměstnání, a profesionální přímo obslužná péče se přizpůsobila rodině. Klientka vyžadovala 14 h péče. Denní plán byl stanoven od 8 h- 16 h, kdy osobní asistence zajišťovala tyto sociální úkony: zajištění kompletní hygieny, jednoduché masáže a cvičení, trénování zvyšování soběstačnosti – nácvik jemné a hrubé motoriky, nácvik zvedání z lůžka a přesunu na vozík, přesun na toaletu, chůze v chodítku, zprostředkování se společenským kontaktem- doprovod pečovatelky klienta na vozíku. Podávání dietní stravy, která se musela připravit na malé porce a zpočátku byla klientka krmena. Pečovatelka zajišťovala pomoc v domácnosti – praní, žehlení, běžný úklid.

Agentura pečovatelské služby provozuje půjčovnu kompenzačních pomůcek a speciální odborné poradenství zaměřená na seniorskou populaci a zdravotně postižené. Sociální pracovnice zajistila zapůjčení kompenzačních pomůcek – míčky na cvičení jemné motoriky, madla, chodítka. Nákupy obstarávala dcera s manželem. Agentura pečovatelské služby úzce spolupracuje s Agenturou domácí zdravotní péče, kterou kontaktovala sociální pracovnice. U klientky bylo provedeno multidisciplinární posouzení zdravotních a sociálních potřeb a byl stanoven plán dlouhodobé péče.

Vedoucí sestra s Agentury domácí zdravotní péče zajistila u praktického lékaře doporučení na zdravotní služby. Ošetrovatelský proces spočíval v zajištění ošetrovatelské rehabilitace vedoucí ke zvyšování soběstačnosti klienta v rámci mobility. Monitoring bolesti, spánku, sledování a mírnění otoků. Ošetrovatelská péče byla předepsána praktickým lékařem na jako tip domácí zdravotní péče III. Tj. 60 min. denně. Zajištění péče o inkontinentního klienta, sledování zdravotního stavu a zajištění krevních odběrů, léků. Dále klientku a manžela edukovaly o možnostech kompenzačních pomůcek hrazených ze zdravotního pojištění a dietním opatření. Plán dlouhodobé péče obsahoval sociální úkony dle vyhodnocení sociálních potřeb a ošetrovatelské výkony dle zdravotních potřeb s jasným rozdělením kompetencí dle dosaženého vzdělání, dále cíle a hodnocení péče.

Zaměstnanci obou služeb psychicky podporovali klientku, ale také zároveň rodinu, která také potřebovala podporu a pomoc. Plán dlouhodobé péče byl pravidelně

vyhodnocován na pravidelných případových konferencích. Do hodnocení cílů a plánů byla zapojena dcera s manželem klientky. Výhodou je, že obě služby mají společné sídlo a vzájemně spolupracují v poskytování sociálně zdravotní péče u klientů.

Dlouhodobá sociálně zdravotní péče byla klientce poskytována 3 měsíce, neboť se její zdravotní stav zhoršil a musela být v kómatu převezena k hospitalizaci do zdravotnického zařízení. Klientka po třech dnech v nemocnici zemřela. Tuto kazuistiku jsem prezentovala jako příklad dobré praxe, kde společně spolupracují sociální a zdravotní služby a fungující empatická rodina.

Dobrá praxe spočívala ve vzájemné spolupráci terénních sociálních a zdravotních služeb, které umožnily setrvání klientky ve svém domácím prostředí. Sdílená péče prostřednictvím profesionálních služeb pomohla zajistit důstojný život klientky a její rodiny. V této kazuistice jsem chtěla poukázat, že celoživotní vzdělávání pracovníků v sociálním a zdravotnickém systému, pomáhá při implementaci nových poznatků z oblasti dlouhodobé péče do praxe. Klientce byla poskytnuta komplexní terénní zdravotní a sociální péče za účasti jednotlivých odborníků (praktický lékař, ošetřující lékař, sociální pracovník, všeobecná sestra, nutriční pracovník.). Za negativní hledisko lze pokládat, že i přes snahu sociálního pracovníka v rámci odborného sociálního poradenství se nepodařilo získat pro klientku zvýšení příspěvku na péči, z kterého by hradila sociální péči.

Na příkladu této kazuistiky jsem chtěla poukázat na jeden ze závažných etických problémů, v péči: nesystémovou alokaci zdrojů do sociálního a zdravotnického systému. Z hlediska sociálního systému klientka za osobní asistenci uhradila 100 Kč za 1 hodinu poskytované péče – osobní asistenci. Celkem za měsíc (měsíční vyjádření) poskytovaná péče v pracovní dny od pondělí až pátek, klientka uhradila cca 16. tis Kč (počítáno 20 pracovních dní) a přiznaný příspěvek na péči byl ve výši 4. tis. Kč. To znamená, že z vlastních zdrojů rodinného rozpočtu uhradila klientka 12. tis Kč. Agentura pečovatelské služby musí uhradit mzdu pracovníka v přímo obslužné (40 h týdně cca 20 tis. Kč). Tržba od klientky cca 16 tis Kč, ale celkové náklady na pracovníka z pohledu organizace jsou daleko vyšší. Do celkových nákladů se musí započítat pohonné hmoty a časová dotace na přejezd ke klientovi a další fixní provozní náklady.

V praxi to znamená, že poskytovatelé sociálních služeb potřebují krytí na provoz služeb ze státního rozpočtu cca ve výši 30 %. Je však nutné podotknout, že není žádný právní nárok na získání potřebné finanční částky ze státního rozpočtu. Podíváme-li se na financování z veřejného zdravotního pojištění indikované domácí zdravotní péče klientce, tak v celkových nákladech účtované zdravotní pojišťovně za poskytnutou ošetrovatelskou

péči se náklady pohybovaly cca 9 tis. Kč (III. tip DZP, poskytováno denně 30 dní v měsíci). Praktický lékař je regulován zdravotní pojišťovnou, která stanovuje měsíční rozpočet na preskripci domácí zdravotní péče. Je tedy nespravedlivé že, poskytovatel domácí zdravotní péče má stanovený měsíční limit pro vykazování poskytnuté péče zdravotním pojišťovnám. V praxi to znamená, že pokud poskytovatel domácí zdravotní péče poskytne zdravotní péči nad rámec svého měsíčního limitu, není mu příslušná částka proplacena zdravotní pojišťovnou.

V případě nefungující rodiny by byla klientka nejspíše z akutní péče předána do následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, kde se ošetrovací den pohybuje cca 1200 Kč dle smluvního ujednání se zdravotní pojišťovnou (celkem za měsíc 30 dní 36 ti. Kč). Zhodnotíme-li situaci z hlediska alokace zdrojů, je nespravedlivé, že zdravotní pojišťovny regulují hrazenou ošetrovatelskou péči v terénních a ambulantních službách., neboť bylo uspořeno na vrub klientky cca 27 tis. Kč a klientka z vlastních zdrojů uhradila 12 tis. Kč. Praktický lékař může indikovat domácí zdravotní péči maximálně na 1 hodinu denně.

12.2. Kazuistika II: ženy s Alzheimerovou chorobou

Paní XY nar. 15. 4. 1950. Po úmrtí své matky r. 2010 se začala neadekvátně chovat vůči svému okolí, projev agresivity, zapomnětlivost a bludy. V roce 2010 pobírala starobní důchod ve výši 10 tis. Kč. Žila ve společné domácnosti s manželem, který byl výdělečně činný, a do domácnosti docházely dcery, které měly zdravotnické a sociální vzdělání (jedna dcera Mgr. Ošetrovatelství, druhá dcera Mgr. Sociální práce). Dcery začaly mít podezření, že projevující se příznaky u jejich matky mají charakter příznaků Alzheimerovy nemoci. Dcera kvalifikovaná v ošetrovatelství zajistila matce vyšetření na psychiatrické klinice, který po vyš CT MZ potvrdil Alzheimerovu nemoc, matce byla nasazena kognitiva, tedy adekvátní léčba. Nicméně onemocnění dále progredovalo.

Klientka během jednoho roku se stala nesoběstačnou v denních aktivitách (nebrala si léky, které měla, nebyla schopna si sama uvařit, vykoupat se, dojít si na toaletu...). Často během nočních hodin byla dezorientovaná osobou a místem, měla časté pády. Byla mnohokrát hospitalizována na akutním oddělení pro časté pády. V roce 2012 po hospitalizaci na interním oddělení byla rodině doporučena sociální pracovníci zařízení, pečovatelská služba a domácí zdravotní péče. Pečovatelská služba docházela denně ke klientce (3 hodiny denně), zabezpečovala dovoz obědů a kontrolovala, zda si klientka vzala léky a najedla se. V odpoledních hodinách se staraly dcery klientky a ve večerních hodinách

zabezpečovat péči manžel. Během roku 2012 se stav klient hodně zhoršil, stala se zcela závislá pomoci svého okolí a nebylo možné zabezpečovat sdílenou péči v domácím prostředí. Znamenalo to pro obě dcery ukončit své zaměstnání a celodenně pečovat o svou matku.

Z hlediska rodinného rozpočtu obou dcer to nebylo možné, neboť jsou obě samoživitelky dospívajících dětí a jsou přímo závislé na výdělku ze svého zaměstnání. Po poradě s manželem matky se rozhodly umístit matku do ústavní pobytové služby, která bude splňovat požadavky kvalitní sociálně zdravotní služby. Dále chtěly, aby se matka cítila v pobytové službě jako doma. Pro obě dcery to byl velmi těžký úkol, najít kvalitní službu, která splňuje požadavky rodiny, aby služby byly kvalitní a cenově dostupné. Najít pobytové sociální služby, které by si nekladly podmínky jako např. maximální pobyt 6 měsíců, bylo velmi těžké. Na umístění matky čekaly dcery 2 měsíce (od prosince r. 2012) až do konce ledna r. 2013.

V únoru nastoupila klientka do ústavu sociálních služeb v XY, kdy byla ještě částečně soběstačná v denních aktivitách, ale vyžadovala pomoc a podporu druhé osoby. Byla umístěna na dvoulůžkovém pokoji pro chodící klienty. V této době klientka pobírala důchod 10. tis. Kč a pobírala příspěvek na péči v I stupni, tj. 800 Kč. Dcery uzavřely smluvní vztah s pobytovou sociální službou a celková částka byla uzavřena na 17 tis. Kč za měsíc, ale v průběhu roku se částka enormně zvyšovala, až dosáhla 26 500 Kč za pobyt za měsíc. Rodina byla nucena doplácet částku 15 700 Kč měsíčně pobytové sociální službě. Během pobytu v roce 2013 se stav zhoršoval- klientka přestala postupně chodit, mluvit, byla inkontinentní, sama se nenajedla. Byla přeložena na takzvané ošetrovatelské oddělení na oddělení „ležáků“ na čtyřlůžkový pokoj, kde nebyla dle dcer poskytována adekvátní ošetrovatelská a sociální péče.

Opět začal maratón ve shánění kvalitní pobytové služby, která zabezpečí zdravotně sociální potřeby matky. V listopadu roce 2013 dcera zabezpečila díky své kamarádce, která pracovala jako staniční sestra pobyt v sociálním ústavu XY pro svou matku. V pobytové službě nebylo rozlišováno, zda je klient soběstačný či ne. Rodina uzavřela smlouvu s poskytovatelem na částku 13 tis. Kč., která se opět během roku též navýšila na částku 22 tis. Kč. Během roku 2014 druhá dcera, která pracovala v sociálních službách, zajistila, aby klientka dosáhla na IV stupeň příspěvku na péči - tj. 12. tis. Kč. V praxi to znamenalo, že rodina měla zajištěnou finanční částku na zaplacení pobytu v celkové sumě 22 tis. Kč. V srpnu roku 2014 byl klientce zaveden PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), aby bylo možné klientce podávat výživu sondou přímo do žaludku. Rodině bylo doporučeno jiné

ústavní sociální zařízení, neboť stávající zařízení nebylo schopno zajistit ošetřovatelkou péči dle potřeb klienta.

Matka byla propuštěna do domácího prostředí, kdy péči zajišťovaly obě dcery. Mgr. Ošetřovatelství podala výpověď v zaměstnání, aby se mohla adekvátně postarat o matku. Rodina podala několik žádostí do domovů pro seniory i do hospiců, ale nepodařilo se jim zajistit žádnou ústavní péči s důvodem, že matka vyžaduje vyšší komponentu ošetřovatelské péče (PEG). Obě dcery, které mají zdravotně sociální vzdělání, se snažily oslovit dostupné pobytové sociální služby specializované na Alzheimerovu nemoc v Praze, které však požadovaly za péči o matku cca 36 tis. Kč. Pro rodinu a jejich rozpočet byly nabídky sociálních služeb velmi drahé, v praxi to znamenalo, že by musely doplácet měsíčně cca 18 tis. Kč. Dcera dále poskytovala péči v domácím prostředí.

V říjnu tohoto roku odjela na dovolenou a stav matky se velmi zhoršil (akutní zánět dásně) a musela být akutně převezena na stomatochirurgii do VFN v Praze, kde byla operována a zavedena kontinuální tracheostomická kanyla. Po залечení akutního stavu už nebyla klientka, tím pravým klientem“ pro stomatochirurgické oddělení, ale klientem, který má být hospitalizován na OCHRIP (oddělení pro pacienty s chronickou poruchou fyziologických funkcí). Lékaři na oddělení měli velký problém zajistit lůžko OCHRIP v Praze a chtěli klientku přeložit na OCHRIP mimo Prahu. Dcera v současné době pracuje v oboru ARIP (anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče) a „protekčně“ se jí podařilo zajistit ochripové lůžko, kde má klientka odbornou péči. Tato péče je hrazena VZP a příspěvek za IV stupeň příspěvku na péči byl pozastaven.

Dlouhodobá péče byla v prvních fázích rozvoje Alzheimerovy nemoci poskytována v domácím prostředí formou sdílené péče rodiny a profesionálních poskytovatelů sociálních služeb. Po zhoršení nemoci nastal velký problém s umístěním klientky do zařízení, které by poskytovalo kvalitní sociálně zdravotní péči dle potřeb klienta. Starobní důchod a příspěvek na péči ve IV. stupni nepokryl dle poskytovatele náklady na zdravotní a sociální péči v sociální pobytové službě. Rodina musela poskytovateli péči doplácet z vlastních zdrojů. Po zhoršení nemoci byla rodina vystavena další realitě, jak zajistit dostupnou zdravotní péči.

Klientka je v současné době hospitalizována na oddělení OCHIRIP , který je z hlediska alokace finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění velmi nákladný. Z etického hlediska, s ohledem na ekvitu v dostupnosti péče je třeba podotknout, že tato péče není všem klientům dostupná a často jsou hospitalizováni na lůžkách odborných léčebných ústavů typu LDN nebo DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče). Dále je nespravedlivě řešena alokace finančních zdrojů pro klienty vyžadující dlouhodobější péči.

Roztříštěnost obou systémů nedostatečně zabezpečuje dostupnou specializovanou péči všem klientům, kteří to vyžadují. Nedostupnost péče otvírá prostor pro korupční jednání, aby si klienti nebo rodinní příslušníci zajistili optimální péči. Pokud by byla v České republice vyřešena dlouhodobá péče, nemuseli by rodinní příslušníci řešit takto svízelné a kritické situace. V kazuistice je popsán příklad špatné praxe v rámci zdravotnického a sociálního systému, který není mezi s sebou systémově provázán a nezabezpečuje sociální a zdravotní potřeby klientů.

12.2.2. Obecné závěry, které lze z výše uvedených kazuistik učinit:

Sociální služby jsou poskytované dle zákona 108/2006 Sb. v platném znění, o sociálních službách, kde jsou definované standardy kvality v sociálních službách. Zákon zaručuje všem osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci pomoc či podporu prostřednictvím sociálních služeb. Ve Standardu č. 1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb uvádí poskytovatel svůj veřejný závazek, kterým je zavázán plnit vůči občanům. V praxi to znamená, že uvádí informace o demografické dostupnosti, včetně cílových skupin, kterým budou sociální služby poskytovány. Musím podotknout, že zákonem jsou dané pravidla pro poskytování sociálních služeb, ale poskytovatel nemá zajištěné víceleté financování sociálních služeb. Je nespravedlivé z hlediska financování služeb, že dotační program ze státního rozpočtu je pro poskytovatele každoročně frustrující okamžik, neboť nemají žádnou jistotu, zda žádané finanční částky obdrží. Poskytovatelé nemají zaručené financování na další období, neboť se celková částka určuje poslaneckou sněmovnou v rámci státního rozpočtu. Nemají také jistotu, zda kraj podpoří jejich poskytované služby ve stejném finančním požadavku. Často se stává, že poskytovatel sociálních služeb vyčerpá finanční prostředky na konci finančního roku a poskytuje péči na dluh (překlenovací úvěry) a svým zaměstnancům snižuje mzdy.

Finanční nejistota nutí poskytovatele optimalizovat personální vybavení a podnikat rozvojové aktivity až v dalším finančním roce a to až v prvním čtvrtletí, kdy na jejich účty přichází první splátka dotačních peněz. V roce 2015 přechází dotační prostředky ze státního rozpočtu na jednotlivé kraje, které dle vlastních metodik budou přerozdělovat finanční prostředky pro poskytovatele. Jedním z kritérií by měl být soulad se Střednědobým plánem sociálních služeb v kraji, soulad s komunitním plánem měst a obcí, zajištění 85 % financování služeb z předchozího roku, geografická a demografická dostupnost. Dle mého

názoru měla být jednotná metodika pro celou Českou republiku, aby byla zajištěna transparentnost pro všechny poskytovatele.

Z pohledu alokace zdrojů a ekvity ve zdravotnickém a sociálním systému můžeme konstatovat, že oba systémy nejsou v dostatečné míře připravené poskytovat služby dlouhodobé péče. Nejsou de facto schopny adekvátním způsobem reagovat na potřeby lidí, kteří jsou dlouhodobě nesoběstační a potřebují jak zdravotní tak sociální služby. Pobytové sociální služby mají zavedené vícezdrojové financování. Dle nově vydané metodiky poskytování finančních prostředků ze státního rozpočtu (dotační program na rok 2015) byly stanovené měsíční částky na jednotlivé druhy sociálních služeb. (Metodika Ministerstva práce a sociálních služeb, 2014) Pracovní skupina Ministerstva práce a sociálních věcí přechodem financování na kraje se snažila najít transparentní řešení alokace zdrojů pro všechny poskytovatele. Jako příklad nesystémového přístupu k poskytovatelům sociálních služeb, uvedu analýzu alokace zdrojů do domovů se zvláštním režimem.

V roce 2011 byly celkové roční příjmy na 1 uživatele u zařízení Domovy se zvláštním režimem 323 tis. Kč, které se však pohybovaly u jednotlivých skupin zřizovatelů mezi 281 - 327 tis. Kč. Příjmy od uživatelů z úhrad za pobyt činily ročně v průměru 153 tis. Kč (135 - 164 tis. Kč u jednotlivých zřizovatelů). Dotace od státu byly v průměru 75 tis. Kč ročně, přičemž vyšší byly u zřizovatelů krajských a církevních domovů. Dotace od zřizovatele byly opět významnou částí příjmů u krajských a obecních zařízení, zatímco u soukromých zřizovatelů tvořily jen nepatrnou část jejich příjmů (0-20%). Poměrně výrazné byly rozdíly v ročních příjmech od zdravotních pojišťoven, které činily 66 tis. Kč, v rozmezí 14 - 19 tis. Kč. V roce 2013 byl průměrný měsíční náklad na 1 lůžko v domovech se zvláštním režimem 33 072 Kč. Průměrné náklady na lůžko jsou vyšší, než mohou poskytovatelé získat z vícezdrojového financování (klient, zdravotní pojišťovna, zřizovatel, dotace), odhad deficitu financování je cca 9 300 Kč. (Analýza příjemců příspěvku na péči, 2011)

Dle mého názoru je nespravedlivě řešena alokace zdrojů z veřejného zdravotního pojištění na úhradu poskytnuté ošetrovatelské péče v domovech se zvláštním režimem a domovech pro seniory. Poskytovatel sociálních pobytových služeb tedy volí cestu doplatku deficitní částky od rodinných příslušníků v různých formách (dary, sponzorské příspěvky.) klient si nad rámec poskytovaných služeb připlácí fakultativní služby. Lze konstatovat, že závažný problém představuje také skutečnost, že není klientům včas přiznáván příspěvek na péči, který je určen na krytí sociální péče.

Problematikou urychlení prvoinstančního řízení příspěvku na péči jsem se zabývala jako poradkyně pana ministra práce a sociálních věcí v roce 2013. Pracovní skupina navrhla způsob vzájemné spolupráce mezi úřady práce a správou sociálního zabezpečení, která by pomohla potenciálním příjemcům urychlit celý proces přiznání příspěvku na péči (dále jen PnP). Podle našeho návrhu by se přijatá a zaevidovaná žádost klienta o přiznání nepojistné dávky PnP na pobočku úřadu práce současně odeslala na okresní správu sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ) v daném regionu, aby mohli pracovníci současně zahájit svou činnost. Nejrychlejší způsob zahájení společné činnosti je podání žádosti na OSSZ datovou schránkou (vedoucí posudkový lékař o schválení k přijetí dokumentů) tímto způsobem neporušíme zákon o ochraně osobních dat klienta. Sociální pracovník může provést sociální šetření u klienta v součinnosti se zahájením konáním OSSZ lékařské posudkové služby, neboť referent posudkového lékaře si může v době sociálního šetření vyžádat lékařskou zprávu a nálezy od praktického lékaře. (Stanovená lhůta pro vyžádání podkladů je 14 kalendářních dní.) Tento způsob součinnosti mezi úřadem práce a OSSZ mohla zkrátit dobu řízení u nepojistných dávek (PnP) téměř o polovinu zákonné lhůty v prvoinstančním řízení. Tento návrh nebyl akceptován z důvodu povolebních změn ve vládě. Jedním z řešení byla právní úprava poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice, který popíšu v následné kapitole.

12.3. Specifika Švédska v poskytování dlouhodobé péče

V obou kazuistikách byla popsána dobrá a naopak problematická praxe nejen u poskytovatelů profesionálních služeb, ale etický pohled nespravedlnosti v sociálním a zdravotnickém systému z hlediska roztržitého a nesystémového přístupu ke klientům. Pokud bych obě kazuistiky zasadila do švédského a francouzského systému dlouhodobé péče, viděli bychom značné rozdíly v dostupnosti poskytování zdravotně sociální péče, ale etickém přístupu ke klientům vyžadující dlouhodobé služby. Švédsko provedlo systémovou změnu v dlouhodobé péči, neboť si dalo za cíl snížit počet osob v pobytových zařízeních a poskytovat dlouhodobou zdravotně sociální péči v přirozeném prostředí doma. Od roku 2001 až do roku 2011 došlo ke snížení počtu klientů v pobytových službách z 118,6 tis. na 90,9 tis. V roce 2007 zavedla země daňové zvýhodnění služeb pro domácnost a vytvořilo v sociálních službách 12 tisíc nových pracovních míst. Česká republika nesnižuje počet pobytových lůžek jako ve Švédsku, ale naopak buduje další pobytová sociální zařízení a nemá připravenou transformaci akutní lůžkové péče ve prospěch dlouhodobé péče o klienty

vyžadující tuto péči (např. klienti s Alzheimerovou chorobou). Dlouhodobou péči ve Švédsku zabezpečují obce, nestátní neziskové organizace, ale také soukromé subjekty, které mají uzavřené smlouvy s municipalitou.

V České republice poskytují služby různí poskytovatelé jako ve Švédsku, ale s tím rozdílem, že poskytovatel nemá smlouvu s obcí. V praxi to znamená, že služby v České republice vznikají nekoordinovaně, bez žádných pravidel dostupnosti péče, tam kde se právě někdo rozhodl sociální péči poskytovat. Dále dostupnost domácí zdravotní péče je regulována plátcem čili zdravotní pojišťovnou a historicky nastavené úvazky, již nemohou dostatečně zabezpečovat péči v domácím prostředí. Švédsko alokuje 3,5 % hrubého domácího produktu na dlouhodobou péči oproti České republice, která alokuje pouze 0,8 %.(Válková, Korejšová, Holmerová, 2009)

Obce ve Švédsku jsou motivovány k zajištění dostupnosti sociálních služeb pro osoby propouštěné ze zdravotnických zařízení. Pokud obec nezajistí potřebné služby pro klienta, přebírají automaticky náklady na „sociální hospitalizaci“. V České republice mají obce povinnost zajistit sociální péči, ale nemají povinnost komunitně plánovat zabezpečení sociální péče. Je nutné podotknout, že některé obce přistoupily a mají komunitní plány, ale některých případech nejsou vázány na alokaci finančních zdrojů do sociálních služeb. Zákonnou povinnost mají kraje, které vytvářejí Středně dobré plány sociálních služeb, které by měly zajistit dostupnost sociálních služeb v jednotlivých regionech kraje. Ale opět musím říci, že v některých krajích nejsou společně plánované sociální a zdravotné služby, které by zabezpečovaly zejména s terénní a ambulantní komunitní služby. Ve Švédsku má klient svobodnou volbu se rozhodnout, jaké služby bude využívat, což je identické jako v České republice.

Ve Švédsku má klient nárok na Příspěvek na asistenci/osobní asistenci. Sám si může zvolit, jak bude osobní asistenci čerpat, zda si najme pečovatele nebo požádá o asistenci prostřednictvím místních orgánů. Pokud osoba vyžaduje jakoukoli asistenci, aby si zachovala přiměřenou životní úroveň, má na podporu nárok. V České republice se nárok klienta na PnP posuzuje také, ale jeho vyřízení může trvat až 120 dní. Dlouhodobá péče nepředstavuje samostatný systém, ale je účelně koordinována ve prospěch klienta, zatímco Česká republika nemá na centrální úrovni připravený žádný systém, jenom stále připravuje koncepční materiály cca 25 let. Je však nutné podotknout, že i v naší republice existují obce a zařízení poskytující komplexní následnou, dlouhodobou lůžkovou, ambulantní a terénní službu klientům (např. Gerontologické centrum Praha 8, Gerontologické centrum Krajské nemocnice Pardubice, Nemocnice Polička a další)

Švédsko má nastavená pravidla zabezpečující dlouhodobou péči. Pokud osoba potřebuje lékařskou péči, která nevyžaduje hospitalizaci, měla by jí tato péče ze zákona být poskytnuta doma. Doma by také měla být poskytována asistence v podobě domácí péče. Zvláštní ústavní péče je určena především osobám, které potřebují nepřetržitou péči, například osobám s Alzheimerovou chorobou, osobám s vážnými zdravotními obtížemi nebo osobám, které silně trpí úzkostí a osamělostí. Obec nemá právo odmítnout nikomu, kdo potřebuje asistenci, poskytování této pomoci doma. Dlouhodobá péče je dostupná všem, kdo ve Švédsku trvale pobývají, a není podmíněna ověřováním majetkových poměrů, věkem nebo délkou rozhodného období. Manželé/manželky a děti nemají zákonem stanovenou povinnost pečovat o své staré příbuzné. (Vaše práva v oblasti sociálního Zabezpečení ve Švédsku, 2012)

12.4. Specifika Francie v poskytování dlouhodobé péče

V rámci francouzského systému sociálního zabezpečení není uplatňován jednotný přístup, pokud jde o ztrátu soběstačnosti a schopnosti vykonávat každodenní činnosti. Dávky dlouhodobé péče jsou namísto toho poskytovány na základě několika různých zákonů. V dlouhodobé péči má klient nárok na příplatek na pomoc třetí osoby. Právní předpisy stanoví příplatek na pomoc třetí osoby v případě, že žadatel pobírá:

- invalidní důchod
- starobní důchod (při splnění určitých podmínek)
- důchod z důvodu pracovního úrazu

Příjemci příplatku by v době přezkumu nároku na příplatek neměli být ve věku, kdy mohou pobírat plný důchod, bez ohledu na dobu pojištění, a musí potřebovat pomoc třetí osob.

Ve Francii je od roku 2002 poskytován „příspěvek na autonomii“, který je financován z Národního solidárního fondu pro autonomii seniorů a osob se zdravotním postižením. Tuto dávku pobírá ve Francii více než jeden milion osob, převážně senioři s mírně sníženou soběstačností. Podle potřeb konkrétní osoby mohou domácí služby zahrnovat péči: zdravotní sestry, fyzioterapeuta, psychologa atd. (Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení ve Francii, 2012) Srovnáme-li Francii s Českou republikou z pohledu financování dlouhodobé péče, Francie alokuje 1,8 HDP a Česká republika 0.8 % HDP. Klient vyžadující dlouhodobou péči se podílí na úhradě za ubytování a stravu ve specializovaném zařízení.

V České republice klient také hradí tyto hotelové, ale s tím rozdílem, že ve Francii je klientovi poskytována i kvalifikovaná ošetrovatelská péče. Zatímco v České republice je klient umístěn v pobytovém sociálním zařízení a zdravotní péče dle mého názoru není poskytována v dostatečné míře. Klient při zhoršení zdravotního stavu je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení a poskytované služby jsou hrazeny z všeobecného zdravotního pojištění. Z pohledu ekvity alokace finančních zdrojů v České republice, není v dostatečné míře zabezpečena dlouhodobá péče, která by podporovala autonomii a důstojný život klienta. Zatímco ve Francii těžiště služeb o seniory vyžadující dlouhodobou péči, je směřována do domácího prostředí.

Ve Francii za koordinaci péče o náročnější případy odpovídá manažer péče pro osoby v domácího prostředí a je dostupná zdravotně sociální domácí péče. Dostupnost informací je zajišťována prostřednictvím informačních středisek). (Zkušenosti ze zahraničí – podněty a informace z mezinárodní konference „Integrované služby a podpora stárnutí v komunitě - Podpora rozvoje komunitních zdravotních a sociálních služeb“, 2014) V České republice a to ještě pouze v některých případech, plní roli case manažera ve zdravotnických zařízeních sociálně zdravotnický pracovník, který se snaží více méně umístit klienta do pobytových sociálních služeb. Je však také nutné podotknout, že i některá specializovaná pracoviště v České republice, respektující důstojnost člověka a jeho autonomii mají na svém pracovišti multidisciplinární tým řešící zdravotně sociální potřeby (např. Gerontologické centrum Praha 8).

Ve Francii v případě, že klient vyžaduje ambulantní sociálně zdravotní služby, má nárok na denní péči ve specializovaném středisku. Přiznaný počet hodin závisí na posouzení potřeby pomoci. Pokud jde o ústavní péči (tj. ubytování v sociálním či zdravotně-sociálním zařízení a hospitalizaci ve zdravotním zařízení nebo zařízení pro ubytování starých osob ve stavu odkázanosti, výše dávky se rovná výši nákladů odpovídajících stupni ztráty soběstačnosti podle sazby příslušného zařízení, od nichž se odečte účast samotného příjemce. Příplatek na pomoc třetí osoby odpovídá 40% navýšení důchodu. (Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení ve Francii, 2012)

Ve Francii klient hradí ze svých příjmů sociální péči, jako v České republice, ale s tím rozdílem, že klient ve Francii s potřebou dlouhodobé péče, má nastavená systémově pravidla nároku a úhrady za poskytnutou službu. V České republice jsou také dostupná denní centra a odlehčovací lůžka, ale mají různou kvalitu poskytované péče. Za nespravedlivé z hlediska dostupnosti péče lze říci, že odlehčovací lůžka nejsou v dostatečné míře využívána, neboť si rodinní příslušníci mohou protekčně zajistit „levnější“ péči ve

zdravotnickém zařízení. Z etického hlediska se otvírá cesta ke korupčnímu jednání a nesystémové alokaci veřejných zdrojů.

12.5. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé v České republice

V roce 2009 ve snaze řešit dlouhodobou péči v České republice poradní orgán při Ministerstvu práce a sociálních věcí, Expertní panel odborníků z různých oblastí sociálně zdravotní péče. Úkolem tohoto týmu bylo navrhnout systémové kroky k legislativním změnám v dlouhodobé péči ve zdravotnickém a sociálním systému. Na základě zkušeností jednotlivých odborníků vznikla publikace k východiskům dlouhodobé péče v České republice. Autorka předmluvy Monika Válková říká, že: *„Tento materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice vznikl na základě studia mezinárodních i tuzemských odborných podkladů o dlouhodobé péči různých zemích Evropy i u nás a vychází z doporučených principů Rady vlády pro seniory a stárnutí populace a materiálu Kvalita života ve stáří (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012). Dále tento materiál vychází z doporučení České gerontologické a geriatrické společnosti a České alzheimerovské společnosti a z odborné expertízy katedry Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK. Struktura diskusního materiálu byla prezentována a diskutována na Expertním panelu pro problematiku sociálně zdravotní péče. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice je otevřeným dokumentem, který může být v průběhu dalších let připomínkován a doplňován o další možné varianty systémových změn ve zdravotnickém a sociálním systému.“* (Válková, Korejsová, Holmerová, 2002, s 3)

V tomto materiálu jsme se se spoluautorkami snažily zmapovat stav sociální a zdravotní péče a zejména péče dlouhodobé (tedy takové, která se de facto nachází na pomezí péče zdravotní a sociální). Dále šlo o porovnání s doporučeními EU v této oblasti a návrh možného řešení problému stárnutí populace s výhledem do r. 2020 tak, aby byly odstraněny zbytečné nákladové položky v oblasti sociálních služeb i zdravotní péče a současně vznikly potřebné aktivity a instituce, odborně zabezpečující komplexní péči i ochranu této skupiny. Součástí materiálu byl tedy nejen popis a analýza dlouhodobé péče u nás a v některých dalších zemích, ale také návrhy koncepčního řešení dlouhodobé péče v České republice v rámci střednědobého a dlouhodobého plánu. Podařilo se nám navrhnout přijatelnou ekonomickou variantu pro Českou republiku v horizontu r. 2020. Pro ilustraci uvedu pouze

některá doporučení pro dlouhodobou péči v České republice, která nevyžadují z pohledu alokace významnou složku ze státního rozpočtu. (Válková, Korejsová, Holmerová, 2009)

12.5.1. Obecné závěry k zavedení dlouhodobé v České republice

V závěru doporučujeme tyto základní principy, které by měly být respektovány pro další rozvoj služeb pro seniory a handicapované klienty vyžadující dlouhodobou péči.

Respektování důstojnosti a autonomie musí být základem postojů k seniorům a handicapovaným. Tento princip společnost z hlediska finančních zdrojů nic nestojí, je výrazem lidského porozumění a etického chování.

Vzdělání profesionálů poskytujících péči seniorům, ale také úředníků státní správy a samospráv jsou stejně důležité jako vzdělání seniorů samých, ale také vzdělávání o stáří, a to na všech úrovních vzdělávacího systému. Tento princip může být ve společnosti také splněn, neboť v rámci vzdělávacích modulů, lze zařadit tuto problematiku do základních, středních a vysokých škol. Je však také nutné podotknout, že profesionální pracovníci v sociálních a zdravotních službách mají povinnost celoživotního vzdělání. Je však nutné provázat činnosti obou ministerstev, aby vzdělávání pracovníků vždy obsahovalo jak sociální, tak zdravotní problematiku osob vyžadující dlouhodobou péči.

Při zajišťování služeb pro seniory je třeba respektovat princip subsidiarity, komunitního principu zajištění služeb, neboť malokapacitní služby dokáží naplnit kvalitu služeb. Dále je možné lépe kontrolovat kvalitu poskytovaných služeb a efektivitu z hlediska alokace finančních zdrojů. Malometrážní bydlení v komunitě je základem poskytování dlouhodobé péče.

Základním principem pro poskytování služeb dlouhodobé péče seniorům je snaha o zajištění služeb pokud možno v domácím prostředí prostřednictvím terénních nebo ambulantních zdravotně sociálních služeb. Z pohledu ekvity alokace finančních zdrojů je však nutná transformace akutní lůžkové péče na péči aktivně rehabilitační a podporovat rozvoj geriatrické a dlouhodobé péče. Z hlediska dostupnosti služeb, aby byla zachována autonomie a důstojnost klientů, je nutné tyto služby poskytovat co nejblíže míst, kde staří lidé žijí či žili a služby je třeba přizpůsobit potřebám seniorům.

Z hlediska dostupnosti a spravedlnosti je velice důležité zajistit dostatečné kapacity služeb poskytovaných v domácím prostředí lidem s potřebou dlouhodobé péče a dále také komunitní zařízení pro denní či pobytovou specializovanou péči, která poskytují specializovanou péči klientům dle jejich potřeb. Z pohledu zajištění spravedlnosti

dostupných služeb se domnívám, že to není velký problém, jenom by měla obě dotčená ministerstva společně komunikovat a plánovat dostupnou síť. V neposlední řadě je nutná i spolupráce všech krajů s městy a obcemi v daných regionech. V současné době se dá říci, že každý kraj má svou politiku při tvorbě dostupné sítě služeb a dotčená ministerstva nemají společné cíle a priority rozvoje dlouhodobé péče. Dosud se nepodařilo připravit legislativní normu, která by řešila dlouhodobou péči v České republice.

Kontinuita služeb je další důležitou zásadou zajištění služeb pro seniory. V péči o seniory je třeba akcentovat aktivní přístup, podporu zdraví a prevenci. Příkladem dobré praxe je již zmiňované Gerontologické centrum, které zabezpečuje klientům Prahy 8 komplexní služby dlouhodobé péče.

Je třeba zlepšit služby pro seniory v rezidenčních zařízeních, a to zejména implementací ošetrovateľského procesu a stanovení personálního standardu kvalifikovaných všeobecných sester. Z etického hlediska je v současné dostupnost kvalifikovaného ošetrovateľského personálu v rezidenčních službách dosti náročně proveditelná, neboť zdravotní pojišťovny hradí cca 50-100 Kč na 1 den/ 1 klient. V praxi to znamená, že pobytové zařízení nemá dostatek finančních prostředků na mzdy všeobecných sester.

Naše společnost by měla využít možnosti a nabídky moderní geriatry a geriatricky modifikované medicíny: aktivní a rehabilitativní péče akutních geriatrických nemocničních oddělení, denních nemocnic a také celého spektra dalších geriatrických služeb.

Důležité strategické dokumenty k péči o seniory musejí být konzultovány také s odbornou společností. Je velmi nezbytné vytvořit strategii geriatrické péče, komunitních gerontologických služeb a péče pro lidi s demencí. Z etického pohledu spravedlnosti v rámci podpory jednotlivých medicínských oborů ministerstvem zdravotnictví je nutné poukázat na fakt, že koncepce geriatry čeká na svoje schválení již 20 let.

Je velice nezbytné zlepšit postavení rodinných pečujících. Systém podpory rodinných pečujících je třeba dále rozvíjet tak, aby tento cenný zdroj péče o seniory umožnil poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle. Jsem přesvědčena, že podpora rodinných pečujících by měla také směřovat k tomu, aby osoba, která celodenně pečuje o osobu blízkou, měla nárok na odpočinek. Stát by měl nabídnout rodinnému příslušníkovi alternativní pomoc např. . odlehčovací lůžko , které by bylo cenově dostupnější apod. (Válková, Korejšová, Holmerová, 2009)

Diskusní materiál jsme vypracovaly v nejlepší snaze poskytnout jednotlivým ministerstvům podklady, analýzy a návrhy, které by byly základním kamenem pro návrh legislativního řešení dlouhodobé péče. Zpracovaný materiál měl být využit pro tvorbu

věcného záměru zákona o dlouhodobé péči, kde jsem byla členkou odborného týmu tehdejšího ministra práce a sociálních věcí.

12.6. Důvody legislativního řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice

V roce 2011 jsem byla členkou sedmičlenného pracovního týmu tehdejšího ministra práce a sociálních věcí, který připravil Věcný záměr zákona dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice.

Na základě konzultací v tomto týmu, dostupných analýz i diskuse k předchozímu materiálu vyplynuly následující problémy v poskytování dlouhodobé péče, které měly být řešeny nově připravovanou zákonnou normou

Dlouhodobá péče je dnes (respektive byla v době tohoto návrhu, ale tato situace trvá stále) poskytována osobami blízkými nebo jinými (neformální péče v rámci domácnosti nebo komunity) a profesionálními poskytovateli v resortu práce a sociálních věcí nebo zdravotnictví. Služby poskytované ze strany jednotlivých resortů mezi sebou nejsou koordinované, což vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování a k vysokým transakčním nákladům. Roli koordinátora v současnosti nedokáže naplnit ani kraj či obec. Oba resorty nemají společnou koncepci vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků.

Z pohledu spravedlivé alokace finančních zdrojů, které můžeme vidět na finanční spoluúčasti klienta v případě pobytové péče, která se významně liší podle toho, zda je klient s obdobnými potřebami pacientem zdravotnického zařízení nebo klientem zařízení poskytujícího pobytové sociální služby. V důsledku této nerovnosti (a pravděpodobně nedostatečné kapacity zařízení poskytujících pobytové sociální služby) je ve zdravotnických zařízeních hospitalizována řada pacientů, kterým je de facto poskytována dlouhodobá péče. Pro řešení tohoto problému je v současné legislativě zaveden institut Sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče („sociální lůžka“). Tento institut není v praxi příliš využíván, neboť jasně vymezeno rozhraní mezi následnou a dlouhodobou péčí a pacienti nedávají souhlas s převodem svého statusu z pacienta na klienta, protože to pro ně znamená významnou finanční spoluúčast podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Z hlediska alokace finančních zdrojů je pro poskytovatele zdravotnických služeb, poskytování sociálních služeb nevýhodné z hlediska nižších úhrad od zdravotních

pojišťoven, získávání dotačních prostředků je časově náročné a nejisté. Pro zdravotnické zařízení je výhodnější vykazovat klienta za pacienta, což znamená udržení si platby z veřejného zdravotního pojištění. Můžeme tedy konstatovat, že tento nesystémový přístup vede k vyšší alokaci zdrojů ze všeobecného zdravotního pojištění.

Uvedený stav vede ke zvýšeným výdajům zdravotních pojišťoven. Pacienti jsou většinou hospitalizováni na lůžkách akutní nebo následné péče. Finanční náklady na kvalifikovaný personál poskytující zdravotní péči na oddělení jsou vysoké. Z pohledu ekvity dostupnosti péče je prostředí akutního oddělení nevhodné, neboť pacienti mají i sociální potřeby. Na druhé straně se zdravotní pojišťovny zatěžované těmito výdaji brání plně proplácet potřebnou zdravotní péči poskytovanou v zařízeních pobytových sociálních služeb.

Existující rozdíly ve financování péče o pacienty/klienty s obdobnými potřebami, kteří se ocitnou ve zdravotnickém zařízení, nebo na lůžkovém oddělení v zařízení poskytujícím pobytové sociální služby lze ukázat na skladbě plateb v obou případech – viz tabulka č. 1. Tyto systémové nedostatky se promítají zcela zásadním způsobem do života lidí, kteří potřebují dlouhodobou péči, jak byly popsány v kazuistikách.

Tabulka č. 1 Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení

	Zdravotní pojišťovna	Pacient/klient*	Dotace z veřejných prostředků na lůžko	Celkem
Léčebny dlouhodobě nemocných	35 310 Kč	1 280 Kč	400 Kč	36 990 Kč
Následná péče, ošetrovatelská lůžka	31 972 Kč	1 280 Kč	1 200 Kč	33 172 Kč
Odborný léčebný ústav	38 400 Kč	1 280 Kč	1 000 Kč	39 400 Kč
Pobytová zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory), osoba ve stupni závislosti 3	2 079 Kč	8 500 Kč (úhrada za pobyt a stravu) + 8000 Kč (úhrada za péči)	6 000 Kč	24 579 Kč

Zdroj: Státní závěrečný účet MPSV a MZ, výkazy zdravotních pojišťoven, ČSÚ – Systém zdravotnických účtů, počty lůžek dle ÚZIS a VZP ČR

Z pohledu spravedlnosti ve financování zdravotní a sociální péče vznikají problémy s nerovným a roztržštěným poskytováním dlouhodobé péče a můžeme si položit otázku dlouhodobě udržitelného zajištění zdrojů. Dlouhodobá péče bude nejrychleji rostoucím druhem zdravotní péče a rostoucí počet osob závislých na cizí pomoci bude také vytvářet velký tlak na sociální výdaje státu. Dnešní průběžné financování téměř veškeré sociální a zdravotní péče je v důsledku stárnutí obyvatelstva dlouhodobě neudržitelné. (Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči, Důvodová zpráva – shrnutí, 2011) V rámci pracovního týmu jsme měla ve své kompetenci navrhnout systém změn v hodnocení klienta, nároku na poskytování dlouhodobé péče a zlepšení koordinace mezi sociálním a zdravotním systémem. Během spolupráce celého týmu odborníků, vznikly návrhy na řešení dlouhodobé péče. Následně uvedu materiály, které podporovaly věcný záměr zákona o dlouhodobé péči.

12.6.1. Návrh na zlepšení koordinace mezi zdravotním a sociálním systémem

Jako členka pracovního týmu jsme navrhly nutné kroky a rozhodovací procesy, které systémově řeší celé spektrum životních situací klienta. Z pohledu spravedlivého přístupu ke klientům vyžadující dlouhodobou péči, bylo navrženo nové posouzení stavu a potřeb, které by probíhalo v zjednodušeném správním řízení a sloužilo jako univerzální základ pro přiznání příspěvku na péči. Zákon by upravil lhůty tohoto rozhodnutí, možnosti jeho přehodnocení a také možnost zrychleného předběžného rozhodnutí.

Definovali jsme vstupní místa, kam klient přichází a roli jednotlivých aktérů v rámci dlouhodobé péče.

1. vstupní místo: klient přicházející z terénu, ve většině případů je vstupním místem ordinace praktického lékaře

Praktický lékař na základě lékařského posouzení ve spolupráci s lékařem specialistou podá návrh na zahájení procesu hodnocení na odbor sociálních služeb (sociální pracovník) ve spolupráci se sociálním pracovníkem úřadu práce. Komunitní sestra (zaměstnanec odboru sociálních služeb obcí s rozšířenou působností) a sociální pracovník úřadu práce provedou posuzování klienta dle standardizovaných dotazníků pro účely hodnocení klienta v dlouhodobé péči k účelu uznání statutu klient dlouhodobé péče. Hodnocení funkčního omezení je vypracováno dle vstupního formuláře „Hodnocení potřeb péče a podpory „ a

vstupního formuláře „Ukazatel relativních potřeb klienta“. Na základě získaných informací pomocí vstupních formulářů, se dále provede hodnocení rodinného zázemí, zda je rodinný příslušník nebo osoba blízká způsobilá pečovat, posouzení prostředí klienta, kde žije a z hlediska disability, zda se může sám o sebe postarat. Tento multidisciplinární tým na základě posouzení vypracuje individuální plán dlouhodobé péče dle zjištěných potřeb klienta s návrhem na rozsah jednotlivých služeb a podpory klienta a to zejména se sociální pracovníci a terénními zdravotními a sociálními službami.

Komplexní posuzování spočívalo v nastavení postupu a metody k získávání informací pro účely posuzování. Tento nástroj měl sloužit jako základní východisko pro lékařskou posudkovou službu, který rozhodne o výši a přiznání o příspěvku na péči. Výše příspěvku na péči ve III. a IV stupni závislosti mělo být dostatečným vodítkem k tomu, že klient vyžaduje i ošetrovatelskou péči

Výsledek odborného posouzení pro účely dlouhodobé péče měl posudkový lékař oznámit klientovi, ale také zároveň praktickému lékaři, sociálnímu odboru obce, která zajistí služby dle stanoveného plánu dlouhodobé péče. Komplexní plán dlouhodobé péče (dále jen KPDP) se definuje, na základě komplexního posouzení zdravotního a funkčního stavu včetně soběstačnosti potřeby a indikuje potřebné další služby. KPDP stanovuje, zda a v jaké míře potřebuje pacient služby zdravotní a sociální služby.

Koncepce geriatric a gerontologie navrhla, aby KPDP indikoval praktický a ošetřující lékař, dále lékař specialista medicíny dlouhodobé péče ve spolupráci s nelékařským zdravotnickým pracovníkem. KPDP mělo být závazným doporučením pro zajištění služeb dlouhodobé péče. Součástí KPDP mělo být také závazné doporučení či preskripce potřebných rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, indikace domácí péče, základní rehabilitace a předpisu rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, včetně dalších opatření (odstranění bariér v bytě a podobně) a sociálních služeb. Tento plán může být revidován vždy při změně zdravotního stavu nebo dle charakteru onemocnění po 3 až 6 měsících a tak můžeme rozlišit, zda se jedná o krátkodobou záležitost klient v LTC“ (1-3 měsíce) nebo o dlouhodobější záležitost (3měsíce-12 měsíců) Plán dlouhodobé péče měl být k dispozici praktickému lékaři a všem aktérům, kteří poskytují dlouhodobou péči. Sociální pracovník a komunitní sestra by následně vyhodnocovali a sledovali by kvalitu poskytované dlouhodobé péče a zajišťovali by podporu u registrovaných rodinných příslušníků, osob blízkých a poskytovatelů služeb (zdravotní a sociální služby). Zároveň by podávali praktickému lékaři zpětnou vazbu o poskytování dlouhodobé péče u klienta.

2. vstupní místo: klient je umístěn v lůžkovém zařízení následné péče (fáze následné péče)

V návrhu řešení byl rozpracován model řešení, kdy podnět na zahájení řízení klienta dlouhodobé péče měl podávat ošetřující lékař (geriatr, neurolog, ortoped...). Ošetřující lékař měl vypracovat a u klienta podrobnou epikrízu (již po 30 dnech hospitalizace klienta) s další možnou prognózou zdravotního stavu. Po 60 dnech v následné péči se měl opět zhodnotit zdravotní stav, a pokud by vyžadoval klient další léčbu, setrval by ve zdravotnickém zařízení a zahájil by se proces hodnocení pro účely uznání klienta dlouhodobé péče. Po 90 dnech hospitalizace ve zdravotnickém zařízení by byl ve spolupráci s revizním lékařem řešen další rezidenční pobyt klienta nebo propuštění do domácího ošetřování s podporou služeb dlouhodobé péče.

Na procesu posuzování by se podílela všeobecná sestra a sociální pracovník ve spolupráci ergoterapeutem nebo fyzioterapeutem a zahájil by se proces hodnocení klienta dle standardizovaných dotazníků pro účely hodnocení klienta v dlouhodobé péči za účelem uznání statutu klient dlouhodobé péče. Hodnocení funkčních omezení by bylo vypracováno dle vstupního formuláře „Hodnocení potřeb péče a podpory „ a vstupního formuláře „Ukazatel relativních potřeb klienta“. Na základě získaných informací pomocí vstupních formulářů by se provedlo šetření rodinného zázemí, zda je rodinný příslušník způsobilý pečovat, posouzení prostředí klienta, kde žije a jeho disability, zda se může sám o sebe postarat (komunitní sestra, sociální pracovník obce a úřadu práce). Tento multidisciplinární tým na základě posouzení by vypracoval Komplexní plán dlouhodobé péče dle zjištěných potřeb klienta s návrhem na rozsah jednotlivých služeb a podpory klienta.

Komplexní hodnocení spočívá nastavení postupu a metody získávání informací pro účely posuzování. Tento nástroj by sloužil jako základní východisko pro lékařskou posudkovou službu. Zdravotnické zařízení mělo mít povinnost oznámit 3 dny před propuštěním klienta do domácího ošetřování praktickému lékaři a sociálnímu odboru obce (sociální pracovník, komunitní sestra, sociální pracovník obce a úřadu práce), které měli zajistit plánované služby dle plánu KPDP. Praktický lékař ve spolupráci s DZP by vedly zdravotní dokumentaci o poskytování dlouhodobé péče u klientů v domácím ošetřování. Sociální pracovník a komunitní sestra by vedly dokumentaci: individuální plán dlouhodobé péče, s následným vyhodnocováním a sledování kvality poskytované dlouhodobé péče a podpory u registrovaných rodinných příslušníků, osob blízkých a poskytovatelů služeb (zdravotní a sociální služby). Pokud by klient neměl podmínky k zajištění dlouhodobé péče v domácím prostředí, byla by mu nabídnuta pobytová dlouhodobá péče.

12.6.2. Možnosti řešení dlouhodobé péče:

V Diskusním materiálu k východiskům dlouhodobé péče v České republice jsme uváděli příklady dobré praxe v České republice, kde je již aplikována dlouhodobá péče v lůžkových zařízeních, tak v ambulantní a terénní péči. Z hlediska spravedlnosti dostupnosti sítě služeb byly z těchto příkladů vytvořeny možnosti řešení služeb dlouhodobé péče. Dlouhodobou péči můžeme poskytovat v domácím prostředí, kde je péče zajišťována registrovaným rodinným příslušníkem nebo osobou blízkou. Dále péči zajišťují dle KPDP profesionální služby v (zdravotní a sociální služby). Dlouhodobá péče má charakter sdílené péče“ to je registrovanými rodinnými příslušníky nebo osobou blízkou v kombinaci s profesionálními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb. Komunitní služby mohou být další alternativou dlouhodobé péče, kdy je poskytována profesionálními službami (týdenní centra, denní centra, odlehčovací lůžka) v kombinaci s registrovanými rodinnými příslušníky nebo osoby blízké. Pokud klient nemá možnost nebo podmínky být ve svém přirozeném prostředí, či vyžaduje náročnější zdravotně sociální péči, měla by být nabídnuta pobytová dlouhodobá zdravotně sociální péče.(Válková, Korejsová, Holmerová, 2009)

Z hlediska ekvity je velmi důležité, aby byl klient hodnocen z pohledu jeho zdravotně sociálních potřeb multidisciplinárním týme odborníků z oblasti zdravotních a sociálních služeb. Navrhli jsme na základě příkladů dobré praxe na pracovištích (Gerontologické centrum Praha 8) složení multidisciplinárního týmu. Celkové hodnocení zdravotně sociálních potřeb musí vycházet z medicínského hlediska, které může posoudit praktický ošetřující lékař, se specializací v oboru (geriatrie, psychiatrie, gerontopsychiatrie, neurologie, rehabilitace další lékaři). Dále revizní a posudkový lékař. Nelékařský personál a sociální pracovníci hodnotí disabilitu a to na základě posouzení funkčního stavu klienta. (Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči, Důvodová zpráva – shrnutí, 2011)

12.6.2.1. Základní principy rozhodování o nároku klienta v dlouhodobé péči

Základní principy byly vydefinovány z hlediska ekvity dostupnosti dlouhodobé péče. Bylo by spravedlivé, aby poskytování dlouhodobé péče klientovi, bylo primárně směřováno do domácího prostředí a to prostřednictvím osoby blízké (neformální pečovatel) nebo sociálním asistentem. Tento model zabezpečení služeb má přednost před profesionálními službami. Z hlediska alokace finančních zdrojů je tento model zajištění dlouhodobé péče „lacinější varianta“ pro systém všeobecného zdravotního pojištění. Z pohledu klienta je variantou zachování si autonomie a možnosti setrvat ve svém přirozeném prostředí. Musím

však konstatovat, že neformální pečovatelé jsou často péčí tak vyčerpaní, že sami často potřebují zdravotní služby. V rámci tohoto principu by bylo spravedlivé, aby sociální systém nabídl pomoc neformálním pečovatelům, možnost odpočinku či dovolené a to bezplatně poskytnout sociální služby klientovi vyžadující dlouhodobou péči.

Dále je nezbytné ukotvit v sociálním systému spravedlivý přístup ke klientům, kteří vyžadují speciální kompenzační pomůcku a úpravu bytu. Pracovní skupina navrhla princip, že poskytnutí kompenzační pomůcky nebo úprava bytu má přednost před poskytnutím služby. Tento princip se může uplatnit pouze za předpokladu, že klient dlouhodobé péče bude mít jasně stanovené podmínky, za kterých může uplatnit své požadavky na kompenzační pomůcky a úpravy bytu. Dále by muselo být praxi implementováno multidisciplinární hodnocení klienta s plánem KPDP. Dále je nutné podotknout, že klient může získat kompenzační pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění (zdravotnické prostředky) a nejsou mezi oběma systémy vůbec předávány informace o přidělení jednotlivých pomůcek. Z hlediska alokace finančních zdrojů by bylo spravedlivé, aby byl jednotný systém hodnocení nároku na kompenzační pomůcky.

Z pohledu spravedlnost dostupnosti služeb pro klienty vyžadující dlouhodobou péči je naplnění principu, že poskytnutí služby v komunitě má přednost před ústavní pobytovou službou. Tento princip koresponduje i s ekvitou alokace finančních zdrojů, kdy ústavní pobytová služba patří k nákladnější formě dlouhodobé péče. Komunitní služby by měly být z hlediska ekvity dostupnosti podporovány a rozvíjeny v rámci krajů a obcí. Klientovi je tak zachovávána jeho autonomie a důstojnost. Obecně lze říci, že komunitní služby jsou ve větších aglomeracích rozvíjeny, ale v malých obcích stále nejsou dostupné.

12.6.2.2. Oblasti posuzování disability klienta

Hodnocení zdravotně sociálních potřeb klienta

V rámci pracovní skupiny jsme se inspirovali dobrou praxí hodnocení potřeb geriatrického klienta v Gerontologickém centru Praha 8. Hodnocení potřeb provádí multioborový tým metodikou hodnocení funkčního omezení z hlediska sociálních a zdravotních potřeb. Z hlediska spravedlivého přístupu ke všem klientům jsme zvolili metodiku multidisciplinárního posouzení potřeb. Navrhovali jsme, aby bylo prováděno komunitní sestrou, která vykonává činnosti podle § 54 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí; tato skupina může být vymezena zejména společným sociálně-kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými

faktory;). Dále hodnocení potřeb provádí všeobecná sestra, sociální pracovník nebo sociálně zdravotnický pracovník a dle potřeby doplní tento tým další odborník nelékařské profese (fyzioterapeut, ergoterapeut a další pracovníci.)

Hodnocení zdravotně sociálních potřeb vychází z posouzení soběstačnosti klienta. Jak jsem již uvedla, inspirovali jsme se dobrou praxí, ale také hodnocením soběstačnosti u geriatrických pacientů. Autorky uvádějí, že: „Dalším pohledem na populaci seniorů je soběstačnost. Zatímco omezení v některých instrumentálních aktivitách denního života (instrumental activities of daily living, IADL) vede ke zhoršení kvality života seniora, ale nepředstavuje ještě potřebu péče druhé osoby, omezení v základních aktivitách denního života (activities of daily living, ADL) již takovouto potřebu představuje.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol, 2007, s. 67) Autorky uvádějí, že měření soběstačnosti se posuzují podle různých škál a dělí se základní a instrumentální aktivit denního života (ADL a IADL). Hodnocení zdravotních a sociálních potřeb lze použít jako ucelený důkaz pro posudkového lékaře, který by rozhodoval o výši a přiznání příspěvku na péči.

Co patří mezi hodnocení ADL (základné aktivity denního života)

Výživa, schopnost najíst se, dále mobilita klienta, schopnost chůze přemístění schopnost při používání toalety schopnost se umýt (vykoupaní, osprchování) schopnost se obléknout, svléknout schopnost připravit, uvařit a naservírovat jídlo. Dále hodnotíme stav duševního zdraví a chování rozrušení, nepokoj verbální agrese vzdorovitost. Velmi důležitá je oblast ovládání vylučování, míra schopnosti klienta udržovat zdravou funkci střev a močového měchýře potřebuje klient nějaké pomůcky či asistenci jiné osoby.

Co patří mezi hodnocení IADL (pomocné aktivity denních života)

Tyto aktivity jsou pro klienta také důležité, ale oproti denním aktivitám nejsou pro klienta tak významné. Mezi tyto aktivity patří schopnost nakoupit si zajistit si běžné finanční záležitosti. Dále se hodnotí u klienta život v komunitě společenský život osobní zájmy, používání telefonu, schopnost adaptace v prostředí a spravování financí, úklid domácnosti (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol, 2007)

Co patří mezi hodnocení zdravotních potřeb

Hodnocení zdravotních potřeb bylo novým návrhem v metodice, neboť zdravotní potřeby v současné době hodnotí sociální pracovník v rámci sociálního šetření. Nový způsob hodnocení klientů byl navržen za účelem zajištění spravedlivějšího přístupu ke klientům. Hodnocení mělo být prováděno všeobecnou sestrou metodou ošetrovatelského procesu. Všeobecná sestra hodnotí zdravotní stav z hlediska potřeb klienta v těchto oblastech: zrak, sluch řeč, bolest, vyprazdňování užívání léků dýchání péče o pokožku atd. speciální diety

schopnost komunikace a orientace. Multidisciplinární hodnocení sociálních a zdravotních potřeb bylo navrženo dle dosažené kvalifikace jednotlivých pracovníků. Z hlediska spravedlivého přístupu ke klientům je dle mého názoru velmi nedostatečné, aby veškeré potřeby klienta, který vyžaduje dlouhodobou péči, hodnotil sociální pracovník. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol, 2007)

12.6.3. Návrhy na vytvoření lůžek a financování dlouhodobé péče

Mezi další základní kameny poskytování dlouhodobé péče patří vybudování lůžkové péče. V rámci ekvity dostupnosti této péče byla navržena síť lůžkové péče. V roce 2009 bylo odhadem hospitalizováno v lůžkových zdravotnických zařízeních, cca 26 tis osob, kteří vyžadovali dlouhodobou zdravotně sociální péči poskytovanou v pobytovém zařízení. Nastavili jsme vícezdrojové financování podobně jako ve Francii, kdy by klienti přispívali na stravu a ubytování stejným způsobem jako klienti dnešních pobytových zařízení sociálních služeb, tedy na základě zákona o sociálních službách, se všemi ochrannými mechanismy, které tento zákon obsahuje. Více zdrojové financování v dlouhodobé lůžkové péči by se neměnila, s výjimkou vyšších plateb zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytovanou v rámci dlouhodobé péče o 1,5–2,2 mld. Kč, na základě objektivního zhodnocení potřeby zdravotních služeb u těchto klientů. Z hlediska spravedlnosti alokace finančních zdrojů by to v praxi znamenalo navýšení alokace zdrojů ze zdravotního pojištění klienta, která by odpovídala zdravotním potřebám klienta.

Dále jsme navrhovali zavedení samostatné registrace poskytovatelů dlouhodobé péče, která by garantovala dostupnost dlouhodobé péče. Součástí sítě poskytovatelů dlouhodobé péče by byly všechny formy poskytování služeb, tj. pobytové, ambulantní i terénní. Pro pobytovou formu poskytování služeb jsme navrhovali zvážení stanovení dvou až tří různých úrovní personálního a technického vybavení podle intenzity nutné péče a poskytovaných služeb o klienta. (viz příloha č. 1 Modelace ošetřovacího dne)

Byla stanovena spoluúčast klienta na službách dlouhodobé péče, včetně spoluúčasti osob povinných výživou. V rámci spravedlivého přístupu ke klientům byla navržena spoluúčast klienta formou vyrovnávacích plateb, které by byly směřovány nikoliv primárně na poskytovatele, ale na konkrétního klienta, který čerpá služby dlouhodobé péče (ve smyslu toku hotovosti bude platba směřována na poskytovatele, ten ji ale dostane z důvodu péče o konkrétního klienta). Tyto příspěvky měly být zaměřeny hlavně na jednotlivce bez dostatku vlastních prostředků, budou tedy means-tested (testování příjmů a majetku bude uplatněno

jen v případě, že klient bude deklarovat, že jeho finanční situace není dostačující na úhradu služeb, stravy či ubytování). Zdrojem financí pro vyrovnávací platby měly být dnešní dotace a příspěvky poskytovatelům pobytových sociálních služeb z veřejných rozpočtů.

Ve střednědobém horizontu (od doby účinnosti nového zákona) jsme navrhovali financovat dlouhodobou péči pomocí kombinace následujících zdrojů:

Příspěvek na péči, který by nadále představoval univerzální systém zajištění sociálních služeb a byl by poskytnutý na základě snížené schopnosti člověka postarat se sám o sebe, bez ohledu na jeho finanční situaci a na to, zda čerpá nebo nečerpá profesionální služby. V případě pobytu klienta v pobytovém zařízení poskytujícím dlouhodobou péči bude příspěvek plně používán na úhradu poskytovaných služeb. V souladu se záměry MPSV je ale potřeba zajistit, aby příspěvek na péči byl používán k účelu, pro který byl poskytnut. Data jasně ukazují, že v mnoha případech je de facto využíván rodinnými příslušníky, kteří fyzicky nemohou pečovat o příjemce příspěvku (například z důvodu významně vzdáleného místa bydliště). Dále jsme navrhli, aby byla nahrazena výplata v hotovosti a to systémem voucherů, které budou propláceny profesionálním poskytovatelům péče nebo rodinným příslušníkům na základě jednoduchého ověření, zda je péče skutečně poskytována. Klient by se podílel na platbě za stravu a ubytování: v pobytovém zařízení poskytujícím dlouhodobou péči. V pobytových službách dlouhodobé péče je velmi důležité revidovat dnes vyžadované kvalifikace zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách včetně jejich faktické dostupnosti na trhu práce. Z hlediska zajištění kvalitní péče je nutné stanovit standardy kvality péče v dlouhodobé péči, které již byly publikovány v rámci různých projektů.

12.6.4. Návrh dlouhodobé domácí zdravotní péče

Navržené principy dlouhodobé péče v České republice je základním pilířem terénní zdravotně sociální péče poskytovaná v domácím prostředí klienta. Z hlediska spravedlivé dostupnosti sítě terénních služeb je nutné podporovat komunitní služby, které poskytují vzájemnou provázanost zdravotních a sociálních služeb. Dlouhodobá péče je ucelený systém zdravotnických, sociálních a dalších podpůrných služeb (včetně využití informačních technologií a podpůrného prostředí), jejichž cílem je podpora kvality života (důstojnosti, svébytnosti, obvyklých sociálních rolí, zabezpečení) u lidí s dlouhodobě ohroženou, omezenou či ztracenou soběstačností. Těžiště dlouhodobé péče spočívá v přirozeném domácím prostředí.

Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní, sociální i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného personálu. Obvykle se jedná o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, klienty s plným i částečným ochrnutím, nebo o klienty se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem, či chronickou bolestí. Tato forma péče obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. (Národní centrum domácí zdravotní péče České republiky)

12.6.5. Dostupnost domácí zdravotní péče a sociálních služeb

Z pohledu ekvity zajištění dostupnosti terénních služeb dlouhodobé péče je doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče. Sociální péče je nejčastěji poskytována pečovatelskou službou nebo osobní asistencí, která by měla být zajištěna nepřetržitou dostupností 24 h denně, 7 dní v týdnu. Sociální úkony provádí pracovník v přímé péči a jsou hrazeny z příspěvku na péči nebo soukromých zdrojů klienta. Obě tyto činnosti (zdravotní a sociální) jsou koordinované a monitorované z hlediska kvality jednou osobou agentury-case manažerem.

12.6.5.1. Organizace dlouhodobé péče v terénních a ambulantních službách

Organizace terénních dlouhodobých zdravotně sociálních služeb case manažerem je pro klienta velmi důležitá z pohledu zajištění obou služeb v čase a kvalitě poskytnutých služeb. Jedna osoba, case manažer efektivně může organizovat péči o klienta v jeho domácím prostředí. Zná jeho zdravotní a sociální potřeby a tak může logisticky naplánovat potřebné služby klientovi. Case manažer je garantem kvality služeb, plánuje poskytování služeb v čase, to znamená, že se služby navzájem mezi sebou prolínají a navzájem na sebe navazují dle stanoveného plánu dlouhodobé péče. Služby jsou poskytovány dle dosažené kvalifikace jednotlivých pracovníků a nemůže se stát, že například všeobecná sestra poskytuje sociální úkony místo pracovníků v přímo obslužné péči. Výhodou je společný plán péče dlouhodobé péče a možnost případových konferencí mezi pracovníky, které vede case manažer ve snaze poskytovat zdravotně sociální péči klientům v co nejvyšší kvalitě. Jednotná organizace práce terénní zdravotně sociální péče je také z hlediska alokace finančních zdrojů efektivnější, neboť při nekoordinované péči může docházet k dublování výkonů či úkonů u klienta. Nejednotná organizace péče o klienta také může vést

nedostatečné dostupnosti informací od pracovníků zdravotních a sociálních služeb. Společně vedené případové konference přispívají k zajištění komplexních zdravotních a sociálních služeb, včetně zajištění edukace a odborného poradenství klientovi jeho rodině. Jak jsem již uvedla, že společná dokumentace je velkou výhodou pro klienta v dlouhodobé péči, neboť tento komplexní plán dlouhodobé péče (KPDP) se definuje, na základě komplexního posouzení zdravotního a funkčního stavu včetně soběstačnosti potřeby a indikuje další potřebné služby. KPDP stanovuje, v jaké míře potřebuje pacient služby zdravotní a sociální služby.

12.6.5.2. *Rozdělení kompetencí při poskytování zdravotní a sociální péče*

Rozdělení kompetencí v rámci poskytované terénní dlouhodobé péče je alfou při organizování této péče. Všeobecné sestry pracují metodou ošetřovatelského procesu, sestavují ošetřovatelský plán dlouhodobé péče (OPDP)-na základě zhodnocení bio-psycho-sociálních potřeb klienta.(viz příloha č. 2) Plán definuje dílčí zdravotní potřeby, nefarmakologické programy a režimy a potřebu dalších služeb pečovatelského charakteru. OPDP stanovuje a vede metodou ošetřovatelského procesu především (všeobecná sestra se speciální způsobilostí nebo se zvláštní způsobilostí k úzce vymezeným činnostem se zaměřením na péči o klienta v geriatrii, komunitní péči). V rámci zabezpečení sociálních úkonů pracovník v sociálních službách vykonává: přímou obslužnou péči o osoby spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.

Z hlediska ekvity zabezpečení dostupných kvalitních terénních a ambulantních služeb je rozvoj komunitních center. Rozvoj těchto center poskytující kombinovanou ošetřovatelskou a sociální péči v obcích jsou základními organizačními jednotkami. Komunitní centra jsou schopná zajišťovat dostupnou péči, které v praxi znamenají poskytovat dostupné informace organizovat a zajišťovat potřebné zdravotně sociální služby na odborné profesionální úrovni v dané lokalitě v souladu s platnými právními předpisy a v rámci rozsahu své regionální působnosti.

12.6.6. Návrhy na podporu a pomoc neformálně pečujícím

Mezi základní pilíře dlouhodobé péče jsou neformálně pečující, kteří zabezpečují péči svým blízkým. Z hlediska spravedlnosti dostupné sítě služeb dlouhodobé péče by mohli profitovat i neformální pečovatelé. Zlepšením koordinace péče na rozhraní zdravotní péče a sociálních služeb by mohlo dojít k poklesu zátěže těchto osob. Nová právní úprava měla neformálním pečujícím nabídnout pomoc, možnost konzultace (s komunitní sestrou) a respitní (odlehčovací) péči. Pracovní skupina navrhla i povinnost 40 hodinového vzdělávání pro neformálně pečující. Vzdělávací modul by měl být zaměřen na edukaci neformálně pečujících, praktických nácviků jednoduchých ošetrovatelských úkonů, které zajistí bezpečnost a kvalitu poskytované zdravotně sociální péče klientovi, ale také i neformálnímu pečujícímu, aby si nepoškozoval své zdraví. (Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči, Důvodová zpráva – shrnutí, 2011)

12.7. Diskuse k dlouhodobé péči v České republice

Návrhy, které připravila pracovní skupina v roce 2011, měly zajistit klientům vyžadující dlouhodobou péči dostupnou sít zdravotně sociálních služeb včetně udržitelného financování. Vycházeli jsme z faktů, že České republice je nutné jasné vymezení oblasti dlouhodobé péče, zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v jejím rámci, nároku klientů, požadavků na personální a věcné a technické vybavení poskytovatelů a financování dlouhodobé péče. V rámci spravedlivého přístupu je nutné překlenout segmentaci a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče. Je spravedlivé, aby klienti měli zajištěný optimální způsob poskytování dlouhodobé péče podle individuálních potřeb klienta, pokud možno v domácím prostředí, a aby byly provázané různé formy péče (domácí/terénní, stacionární/ambulantní, lůžková/pobytová). Na zajištění služeb dlouhodobé péče je nutné vytvořit nové pracovní příležitosti a podpora potřebného počtu kvalifikovaných pracovníků pro tyto služby. Vytvoření větší flexibility na pracovním trhu vytvořením kategorie zdravotně sociálních pracovníků – např. rozšířením vzdělávacích programů nelékařských pracovníků, nebo doplněním vzdělávacích programů pracovníků v sociálních službách. Zabezpečení kvality poskytovaných služeb, nastavení minimálních standardů a rovnoměrné dostupnosti pro všechny, vedoucí k nezávislému a důstojnému životu jedince. Zvýšení efektivity poskytovaných služeb postupným rozvojem komunitních služeb na úrovni obcí.

Nespravedlivý nesystémový přístup z pohledu alokace finančních zdrojů ke klientům, kteří vyžadují dlouhodobou zdravotně sociální péči, budou mít nepochybně do

budoucnosti finanční dopady na sociální a zdravotnický systém. Je tedy nespravedlivé pro celou společnost, že dlouhodobá péče nemá v České republice pevné legislativní ukotvení. Je všeobecně známo, že se prodlužuje délka života a některé evropské země již implementovaly změny ve zdravotnickém a sociálním systému, který řeší dlouhodobou péči. Dle prognózy populačního vývoje v České republice do roku 2070, bude přibývat počet osob ve vyšším věku, neboť se bude prodlužovat střední délka života. (Wija, 2013) K tomuto tématu Petr Wija uvádí, že: „*S prodlužující se střední délkou života a rostoucí efektivitou diagnostické a akutní péče se proměňuje charakter nemocnosti, stonání i umírání a na významu narůstá koordinovaná, multioborová a dlouhodobá péče.*“ (Wija, 2013, s. 5)

V případě, že nebude dlouhodobá zdravotně sociální péče legislativně řešena, dojde s vysokou mírou pravděpodobnosti v následujícím období k nepříznivému vývoji v oblasti mandatorních výdajů určených k výplatě příspěvku na péči. Stagnující příjmy veřejného zdravotního pojištění, rostoucí poptávka po zdravotních službách a regulační změny, zejména zvýšení dolní sazby DPH vedou k tlaku na vyrovnání rozpočtu zdravotních pojišťoven prostřednictvím všech dostupných mechanismů. Zvýšený tlak od zdravotních pojišťoven na omezení následné a dlouhodobé péče plně hrazené ze zdravotního pojištění povede ke zvýšenému přeměňování dnešních zdravotních lůžek na „sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních“, kde jsou poskytovány sociální služby podle §52 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento nespravedlivý přístup od zdravotních pojišťoven může již vidět v psychiatrických nemocnicích, které musely na nátlak zdravotních pojišťoven, část lůžkového fondu transformovat sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních. V roce 2012 jsme predikovali nárůst mandatorních výdajů do roku 2014 na příspěvek na péči, který vycházel z analýzy spotřeby zdravotní péče u klientů s různým stupněm závislosti.

V důsledku narůstající potřeby zajištění dlouhodobé péče u klientů bez systémového řešení může dojít ke snížení úrovně poskytování zdravotně sociálních služeb z hlediska nedostatku finančních prostředků na úrovni obcí, krajů a státu. V tomto případě by bylo žádoucí a spravedlivé, aby se začaly realizovat změny transformace akutní péče, ve prospěch dlouhodobé péče. Nedostatečně nastavená síť poskytovatelů této péče, povede nárůstu hospitalizací, které povedou k dalšímu přetrvávání klientů ve zdravotnických zařízeních, a tím k neúčelnému vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění a k nevhodnému způsobu poskytování dlouhodobé péče. Z hlediska ekvity dostupnosti péče dojde k zhoršení lokální dostupnosti péče a nezajištění odpovídajících služeb stále většímu počtu těch nejkřehčejších klientů, kteří je v důsledku stárnutí obyvatelstva potřebují. Dle

demografického vývoje je nezbytné legislativně upravit dlouhodobou péči, neboť v roce 2035 vzroste počet seniorské populace. Musím však podotknout, že je milné se domnívat, že senioři 65 + všichni vyžadují dlouhodobou péči. Tento argument uvádím, neboť tito lidé se budou dle prognózy dožívat vyššího věku a dá se předpokládat, že budou vyžadovat specifické individuální služby dlouhodobé péče. Petr Wija uvádí, že: „ *Věková kategorie seniorů, tedy obyvatelstvo ve věku 65 a více let, bude jedinou částí populace, která početně poroste. Do roku 2035 její počet vzroste zhruba o jeden milion osob a do konce 50. let tohoto století dojde k postupnému, relativně plynulému růstu počtu seniorů na přibližně 3,30 mil. osob, tedy ke změně o více než 110 % oproti výchozímu stavu a při nárůstu celkového počtu obyvatel přibližně jen o 6,5 %.*“ (Wija, 2013, s. 13)

Obecně lze říci, že je značně nespravedlivé pro všechny občany České republiky, aby všechny navrhované změny v oblasti dlouhodobé péče, byly stále pouze podkladovým materiálem pro dotčená ministerstva. Z hlediska ekvity dostupnosti dlouhodobé péče a to z pohledu klienta je nespravedlivé, že ministerstva nekonají, neboť v současnosti a v budoucnosti na nečinnost ministerstev doplatí především klient. Nutno podotknout, že klienty dlouhodobé péče se může stát každý občan této republiky, je to tedy celospolečenský problém. Navrhované změny v legislativě, které řeší ministerstvo práce a sociálních věcí společně s ministerstvem zdravotnictví nejsou v současné době však přijaté odbornou veřejností. K dlouhodobé péči byly na Ministerstvu práce a sociálních věcí a na Ministerstvu zdravotnictví vytvořeny další pracovní skupiny, které mají řešit legislativní ukotvení dlouhodobé péče v České republice. Obě dvě komise pracují nezávisle na sebe, nekomunikují své návrhy mezi sebou, ale ani odbornou a laickou veřejností. Domnívám se, že pracovní skupina od roku 2011 velmi podrobně rozpracovala analýzy a návrhy, které vycházely ze příkladů poskytování dlouhodobé péče v evropských zemích.

Diskuzní materiál k dlouhodobé péči byl vytvořen jako otevřený dokument, který se měl stát podkladem pro celospolečenskou diskuzi, ale bohužel nebyl v dostatečné míře využit. Odborná společnost přes veškeré snahy také nedosáhla žádného uspokojivého výsledku. Zájem ministerských úředníků, ale také politiků je dle mého názoru velmi nízký, dlouhodobá péče není jejich prioritním záměrem. Pokud se podíváme na předvolební sliby politiků, vždy se objevují politické sliby, jak budou řešit seniorskou problematiku.

Z etického pohledu spravedlnosti je nutné podotknout, že i celospolečenský zájem se opírá pouze mediální skandály špatného zacházení se seniory v léčebnách dlouhodobě nemocných a v pobytových sociálních službách, kde se poté ex post hledají nápravy stavu. Obecně lze říci, že tyto skandály špatné praxe vycházejí z neuspokojivého stavu a nečinnosti

obou ministerstev, které by měly začít konat a nastavit legislativní rámec dlouhodobé péče. Je všeobecně známé a nespravedlivé, že poskytovatelé pobytových sociálních služeb přijímají od rodinných příslušníků doplatky na poskytnutou péči například formou sponzorských darů. Tento přístup poskytovatelů nemůže však odsuzovat, neboť zařízením chybí finanční prostředky na úhradu poskytnuté ošetrovatelské péče. Zdravotní pojišťovny nefinancují dostatečně tuto péči, a pokud chce poskytovatel zajistit kvalitní ošetrovatelské služby klientům, nemá jinou možnost. Naproti tomu však jsou i poskytovatelé, kteří využívají neuspokojivé situace v dlouhodobé péči a žádají úhrady od rodiny a služby nezajistí v potřebné kvalitě. Dále jsou také poskytovatelé, kteří si sociální pobytové služby neregistrují a poskytují služby jako „hotelové služby“.

V praxi to znamená, že klient hradí služby, často i vysokou cenu, ale ten tip služeb nepodléhá inspekci kvality sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb. V platném znění. Nesystémový přístup v oblasti dlouhodobé péče také napomáhá využívat rodinnými příslušníky levnější péči pro klienta na lůžkách odborných léčebných ústavů. Problematika dlouhodobé péče se nás všech osobně dotkne, až se setkáme v osobním životě, kdy musíme řešit krizové situace rodinných příslušníků a klademe si Nerudovskou otázku „kam s ním“. Odborníci pracující ve zdravotnickém nebo sociálním systému se často setkávají, že s dotazy svých přátel a známých, kteří se na obrazení na pomoc jak řešit situaci jejich rodičů. Nejčastější dotazy o pomoc jsou, kam umístit klienta, co dělat, na co mám nárok, kde sehnat protekci atd. Ve zdravotnickém a sociálním systému se pohybuji téměř 25 let a stále pomáhám zajistit svým známým a přátelům rady, informace a také protekci. Mohu tedy konstatovat, že dlouhodobá péče a její implementace do praxe je nezbytná, z pohledu ekvity dostupnosti je dosud neřešenou oblastí.

12.8. Závěr

V této kapitole jsem se snažila osvětlit problematiku dlouhodobé péče v České republice, poukázat na to, zda je poskytována uspokojivým či neuspokojivým způsobem. Na kazuistikách dokládám, jaké jsou konkrétní dopady tohoto systém-ne systému na jednotlivé pacienty / klienty a jejich rodiny. Obdobně bych mohla tuto situaci doložit jinými kazuistikami jiných skupin pacientů, ale i zařízení, která se snaží poskytovat kvalitní péči a dostávají se do neřešitelných situací a naopak těch, která poskytují nekvalitní péči, dokonce i těch, která mají z nekvalitní péče nepřiměřený zisk. Spektrum problémů v této oblasti je velmi pestré a v jedné relativně stručné kapitole jen obtížně uchopitelné.

Zamýšlela jsem v průběhu jak psaní této kapitoly, tak své několikaleté činnosti a snahy napomoci praktickému řešení dlouhodobé péče, proč je tato problematika dlouhodobě legislativně neřešená z pohledu obou ministerstev. Proč je tato situace neuspokojivá. Jaké jsou důvody k tomuto stavu.

Domnívám se, že klíčem k řešení je nalezení relativně širokého konsensu a politické vůle, nejlépe na základě široké diskuse, veřejné diskuse se zapojením co nejvíce aktérů a odborníků zainteresovaných v problematice dlouhodobé péče. Z hlediska spravedlnosti poskytování dlouhodobé péče je možné získat informace a doporučení přímo z praxe od poskytovatelů terénních, ambulantních a pobytových služeb z obou resortů (zdravotnický a sociální systém). Poskytovatelé těchto služeb mohou přinášet do implementace dlouhodobé péče své vlastní zkušenosti, bariéry poskytování a také návrhy na kultivaci celého systému, který by naplňoval zdravotně sociální potřeby jejich klientů. Z vlastní zkušenosti vím, že není jednoduché nastavit ve společnosti spravedlivý systém dlouhodobé péče, který by naplňoval všechny principy ekvity.

Ve své praxi jako vrchní sestra neurologie jsem byla svědkem úspěšné vítězné medicíny, kdy jsme zachránili život člověka. Poté však nastal problém, jak zjistit další návaznou péči klientovi odpovídající jeho disabilitě. V některých situacích to byl opravdu závažný problém, neboť rodina klienta nebyla na náhlou situaci připravena, a pokud byl klient z malé obce, byl velký problém zajistit odpovídající zdravotně sociální péči. Pro mou osobu tak nastal etický problém, moderní medicína zachránila život člověka, ale jaký bude další jeho osud, když zdravotně sociální služby nejsou dostupné. Můžeme říci, že dlouhodobá péče je záležitostí, která se týká a zejména v budoucnu se bude týkat prakticky každé rodiny. Dalším nezbytným krokem je podle mého názoru i vytvoření dobrých legislativních podkladů. Nemyslím si, že existuje univerzální či „optimální“ model poskytování dlouhodobé péče, neboť potřeba dlouhodobé péče narůstá ve všech zemích. I evropské země mají do větší či menší míry problémy s jejím zajištěním. Je tedy podle mého názoru zapotřebí hledat takové cesty, které budou k zajištění dobré péče směřovat.

Společnost by se měla rozhodnout pro to, jak a do jaké míry bude dlouhodobá péče zajištěna, do jaké míry bude financována z veřejných zdrojů. Může se jednat o model minimalistický, který neuspokojí mnoho klientů, ale bude šetřit veřejné zdroje. Může jít o model optimální, který naopak vytvoří pro pacienty a rodiny určitý standard, který zajistí rovné podmínky pro všechny klienty. Rodina i klient se budou moci do budoucna připravit na potencionální potřebu dlouhodobé péče. Na závěr bych chtěla říci, že občané, jak říkají politici, jsou voliči, kteří určují směr ve společnosti. Voliči, by se měli více zajímat, jak

politici plní svůj volební program. Jak jsem již uvedla, je vděčné téma všech politiků, jak se budou věnovat seniorské politice, ale pokud není veřejná kontrola plnění předvolebních slibů, nebude dostatečně věnována pozornost problematice dlouhodobé péče.

13. Diskuse

V této části disertační práce budu diskutovat vybrané zdravotnické systémy (Česká republika, Francie, Švédsko) dle předem stanovených indikátorů a oblastí. Na příkladu zdravotní péče o klienty s kardiovaskulárními chorobami lze srovnávat systémy, neboť tyto choroby jsou v České republice na prvním místě morbidity a mortality. Klienti s kardiovaskulárními chorobami v mladším věku často končí v invalidním důchodu a potřebují další následnou lékařskou péči. Klienti v seniorském věku mají různou formu disability a vyžadují dlouhodobou péči pro zkvalitnění života. Součástí každého zdravotnického systému by měla být i preventivní opatření, zaměřená na zdravý životní styl obyvatelstva jako prevence onemocnění a to zejména kardiovaskulárních chorob.

13.1. Zdravotní stav (status) obyvatelstva

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle zdravotního stavu obyvatelstva, kam zařazují hodnocení naděje na dožití ve věku 45 let a 65 let, zdravou délku života, úmrtnost na kardiovaskulární choroby a incidence na kardiovaskulární choroby. Zdravý životní styl obyvatel má velký vliv na stanovení priorit ve zdravotnickém systému z pohledu alokace zdrojů na léčbu některých závažných chronických onemocnění, kam patří zejména kardiovaskulární a nádorová onemocnění. Naděje na dožití ve věku 45 let se v České republice od roku 1990 postupně zlepšuje, ale je stále nižší oproti srovnávaným zemím, kde je naděje na dožití vyšší o 3–4 roky (v roce 2008), (viz graf č. 3). Pokud vezmeme další indikátor – naděje na dožití ve věku 65 let – můžeme opět konstatovat, že naděje na dožití v České republice od roku 1990 do roku 2008 se postupně zvýšila o 3 roky. V ostatních zemích je naděje na dožití u populace 65 let oproti České republice vyšší o 4 až 5 let. Tento indikátor však nehodnotí, zda člověk prožije svůj život bez omezení, tedy zdravotních komplikací (viz graf č. 4). Pro srovnání jsem použila ukazatel zdravé délky života (HLY) u populace ve věku 65 let s porovnáním u mužů a žen. Česká republika se významně liší od Švédska, neboť ve Švédsku se ženy dožívají ve věku 65 let bez omezení 5,5 roků a muži dokonce 6,5 roků.

Dle těchto ukazatelů lze konstatovat, že zdravotní stav obyvatelstva v České republice se významně liší od srovnávaných zemí. Od roku 1990 však dochází k postupnému zlepšování zdravotního stavu populace v naší republice. Indikátory LE a HLY vypovídají v obecné rovině o vývoji zdravotního stavu měřené populace. Do roku 1990 lze spatřit etický problém v nerovnosti v přístupu k informacím o zdravém životním stylu, tedy osvětě a zdravotní gramotnosti obyvatelstva v České republice. Nemůžeme však popřít, že do roku 1990 zde nebyla žádná osvěta zdravého životního stylu, ale v posledních letech se zařazuje vzdělávací modul o zdraví do vyučování na základních a středních školách. Tyto vzdělávací programy se nazývají výchova ke zdraví. V posledních letech se postupně zlepšuje zdravotní status obyvatelstva. Současný zdravotní systém není dostatečně připraven na změnu z akutního modelu péče na jiný druh (např. rehabilitační a dlouhodobá péče, podpora ambulantní a terénní péče u nelékařských oborů). Předložená Koncepce oboru Geriatrie a gerontologie nebyla realizována. Dlouhodobá zdravotně sociální péče se řeší 20 let. Koncept koordinované rehabilitace nebyl v loňském roce přijat (2013). Předložený návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči vycházel z Koaliční smlouvy a směřoval k naplnění Programového prohlášení vlády ze dne 4. srpna 2010. Vláda se v tomto prohlášení mimo jiné zavázala přijmout sadu reformních opatření vedoucích k modernizaci a vyšší efektivnosti zdravotnického systému, podpořit rozvoj péče o seniory a osoby se zdravotním postižením v domácím prostředí, společně s odborníky vymezit dlouhodobou zdravotně sociální péči a navrhnout zavedení uceleného systému zdravotních a sociálních služeb, včetně způsobu financování.

Cílem návrhu bylo zajistit v rámci existujících mechanismů financování dostupnou a kvalitní dlouhodobou zdravotně sociální péči (dále jen „dlouhodobá péče“), poskytovanou efektivním a rovným způsobem v domácím i institucionálním prostředí. Do systému zajištění dlouhodobé péče bylo nutno více zainteresovat stávající či potenciální klienty a jejich rodinné příslušníky (věcný záměr zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče, Závěrečná zpráva hodnocení dopadů regulace RIA). Věcný záměr Zákona byl odložen Legislativní radou vlády v lednu 2011.

Dne 18. 8. 2011 byl dr. Drábkoví, ministrovi práce a sociálních věcí (dále jen MPSV), předložen návrh na zpracování Věcného návrhu zákona o koordinované rehabilitaci, který vycházel ze závazků Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014. Tento dokument byl přijat usnesením vlády České republiky (dále jen ČR) ze dne 29. března 2010 č. 253 jako hlavní strategický dokument vymezující státní politiku ČR vůči osobám se zdravotním postižením pro

nadcházející čtyřleté období. V oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením formuluje 11 opatření, jejichž cílem měl být rozvoj jednotlivých složek (oblastí – léčebná, sociální, vzdělávání a pracovní) a vytváření legislativní i věcné podmínky pro jejich lepší součinnost a vzájemnou koordinaci. Předkládaný materiál shrnoval situaci v oblasti tvorby legislativních opatření pro lepší koordinaci rehabilitace osob se zdravotním postižením, popisoval problémové okruhy a cíle, kterých má být dosaženo ve spolupráci s ostatními ministerstvy. (Materiál předkládala sekce 2 MPSV, na základě úkolu z porady vedení ministerstva.)⁵⁹ Navrhované věcné záměry zákonů o dlouhodobé zdravotně sociální péči a koordinované rehabilitaci by významně přispěly k zlepšení zdravotního stavu klientů v České republice.

Zaměříme-li se na sledované choroby, a to zejména kardiovaskulární, které jsou v současné době dle Světové zdravotnické organizace na prvním místě morbidity a mortality populace, docházíme k následujícím závěrům. Kardiovaskulární choroby patří mezi nejčastější příčinu mortality v České republice. Od roku 1990 se u nás mortalita významně snížila (v roce 1990 620 obyvatel na 100 tis., v roce 2007 351 případů na 100 tis. obyvatel), ale zdaleka nedosahujeme takových výsledků v úspěšnosti léčby kardiovaskulárních chorob jako ve srovnávaných zemích (188 případů na 100 tis. obyvatel). Ischemická choroba srdeční postihuje velkou část populace a může způsobit i infarkt myokardu. V České republice se od roku 1990 do roku 2007 podařilo snížit úmrtí na tuto chorobu téměř o polovinu případů (v roce 1990 297 případů na 100 tis. obyvatel, v roce 2007 166 případů na 100 tis. obyvatel), ale oproti srovnávacím zemím stále v její léčbě zaostáváme (Francie v roce 2007 33 případů na 100 tis. obyvatel a Švédsko v roce 2007 87 případů na 100 tis. obyvatel). Podíváme-li se na mortalitu na infarkt myokardu v České republice opět od roku 1990 do roku 2008, můžeme konstatovat, že se významně snížila (rok 1990 bylo 152 případů na 1000 tis. obyvatel, v roce 2008 42 případů na 100 tis. obyvatel). Podíváme-li se na srovnávací země v roce 2008, ve Francii byl počet případů úmrtí téměř o polovinu nižší (v roce 1990 bylo 42 případů na 100 tis. obyvatel a v roce 2008 21 případů na 100 tis. obyvatel – viz graf č. 6).

Získaná data ukazují na postupné zlepšování jednak zdravotního stavu obyvatelstva a jednak snižování počtu případů mortality na vybraná kardiovaskulární onemocnění. Česká

⁵⁹ V případě obou věcných návrhů zákonů jsem byla bývalým ministrem dr. Drápkem jmenována koordinátorem pracovních mezirezortních skupin.

republika v rámci zdravotnického systému přijala některé strategické dokumenty (např. Národní kardiovaskulární program v roce 2000), věnující se prevenci, moderní léčbě a dalšímu sledování klientů s kardiovaskulárními chorobami. Snížení mortality na vybraná kardiovaskulární onemocnění v České republice je určitě velice pozitivním ukazatelem, ke kterému přispěla primární a sekundární prevence, spočívající zejména v záchytu klientů s hypertenzí, vysokým cholesterolem v rámci preventivních prohlídek a nastavení léčby. Z etického hlediska můžeme diskutovat, zda je spravedlivě nastavena léková politika Ministerstva zdravotnictví, neboť farmaka na sekundární prevenci jsou nákladnější a bývá i vyšší finanční spoluúčast klienta. V praxi to znamená, že lékař má k dispozici Pozitivní lékový list vydaný Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, kde jsou zařazeny skupiny léků na určitý typ onemocnění s různou výší finanční spoluúčasti klienta. Pokud lékař doporučí klientovi určitý druh léků bez vysvětlení a srovnání s lékem, který nepodléhá doplatku, klient s nedostatečnou zdravotní gramotností hradí doplatek za lék. Zdravý životní styl je preventivním opatřením ke vzniku kardiovaskulárních chorob, můžeme diskutovat, zda člověk dodržující doporučení lékaře má mít výhody a bonusy ze solidárního zdravotního pojištění, jak v roce 2005 navrhoval Jaromír Vepřek v rámci změn zdravotnického systému. Z pohledu spravedlnosti můžeme konstatovat, že solidární systém zdravotního pojištění má nabízet všem socioekonomickým skupinám stejné podmínky. Je ale nespravedlivé, že není zvýhodňován klient, který má pozitivní přístup k vlastní léčbě onemocnění, dodržuje dietní opatření, nekouří, aktivně cvičí. Z ekonomického pohledu nákladů na léčbu klienta se tyto náklady postupně snižují. Pokud bychom chtěli blíže analyzovat další osudy klientů, nabízí se nám pouze statistika z projektu SHARE Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE 2007), kdy cca 11,2 % populace ve věku 50+ po prodělaném infarktu myokardu nemá známky disability, avšak 29,5 % z celkového počtu případů infarktu myokardu nějakou formu disability. (Analýza příjemců Příspěvků na péči a potenciálních klientů dlouhodobé péče, 2011, s. 23) Z etického hlediska je rovněž nespravedlivá rozdílnost v dostupnosti zdravotní a sociální péče pro klienty v domácím prostředí a při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Domácí zdravotní péče je více regulována ze strany zdravotních pojišťoven. Indikující lékař má zdravotními pojišťovnami definované limity pro vyžádanou péči, v našem případě jde o předpis domácí zdravotní péče (dále jen DZP). Pokud lékař předepíše DZP nad svůj definovaný limit, je zdravotními pojišťovnami pokutován, v opačném případě je odměňován. Pokud poskytovatelé DZP překročí od zdravotních pojišťoven stanovený měsíční finanční limit a poskytnou zdravotní péči více klientům,

pojišťovny jim péči neproplatí. Poskytovatelé jsou nuceni si vést měsíční finanční přehledy o vyžádané péči a odmítat klienty, kteří by byli nad stanovený finanční limit.

Odmítnutí klienti se ocitnou ve svízelné situaci, která může vést k jejich hospitalizaci, což je z hlediska alokace finančních zdrojů dražší než domácí péče.⁶⁰

Dle mého názoru nastavený systém smluvního vztahu mezi pojišťovnou a poskytovateli DZP je nespravedlivý vůči poskytovatelům lůžkových zdravotnických zařízení. V současné době jsou nastavená různá pravidla smluvních vztahů mezi jednotlivými poskytovateli.

Národní strategický plán na snižování KVO v roce 2000 definoval opatření a cíle, které povedou ke snížení výskytu kardiovaskulárních chorob. Statistické údaje za celou Českou republiku jsou však alarmující, neboť nejvíce lidí (60 %) umírá v nemocnici, přičemž nejčastější příčinou úmrtí jsou stále nemoci oběhové soustavy (50 % z celkového počtu úmrtí). V ordinacích praktického lékaře je registrováno celkem 7,937 milionů pacientů a bylo provedeno celkem 5,5 % preventivních prohlídek. Pod dohledem praktického či odborného lékaře je registrováno 1,668 milionu pacientů pro hypertenzní nemoc, 787 tisíc pro ischemickou nemoc srdeční, z toho 84 tisíc pro akutní infarkt myokardu, a pro cévní onemocnění mozku 262 tisíc pacientů. Z důvodu obezity ($BMI \geq 30$) bylo sledováno 918 tisíc pacientů. Mezi nejčastější příčiny hospitalizace patří nemoci oběhové soustavy (14,7 %). (Zdravotnická ročenka České republiky, 2009) Od roku 1990 Česká republika vykazuje statisticky zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, ale stále to nejsou uspokojivé výsledky z pohledu vyšší alokace finančních prostředků do zdravotní péče.

13.2. Oblast hodnocení statistických dat zabezpečení primární a lůžkové péče

Tato část diskuse se bude týkat zejména zabezpečení primární péče, akutní lůžkové péče a počtu provedených angioplastik u klientů s kardiovaskulární chorobou (infarkt myokardu). Počet akutních lůžek je také jedním z indikátorů zdravotního statusu obyvatelstva, neboť ukazuje, jak je nastaven zdravotní systém péče o obyvatelstvo, zda se

⁶⁰ Pro ilustraci uvádím alokaci finančních prostředků do jednotlivých segmentů péče (47,7 % nemocnice lůžková péče, léčebny dlouhodobě nemocných -1,8 %, odborné léčebné ústavy -2,8 %, domácí zdravotní péče -0,6 %, rehabilitační péče 1 %) z celkové částky vydávané na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění. (Hejduk, 2011)

spíše orientuje na primární, nebo sekundární péči ve zdravotnických zařízeních (akutní model péče). Porovnáme-li akutní model péče ve zdravotnických zařízeních od roku 1995 v České republice, bylo 921 lůžek na 100 tis. obyvatel, ve Francii 873 akutních lůžek a ve Švédsku 608 akutních lůžek.

Můžeme tedy konstatovat, že ve Švédsku bylo méně akutních lůžek než ve srovnávaných zemích. Do roku 2007 se v České republice snížilo množství akutních lůžek o cca 100 lůžek na 100 tis. obyvatel (na 825 akutních lůžek), zatímco ve Francii došlo k další redukci lůžkové kapacity cca o 150 lůžek (na 716 lůžek akutní péče). Švédsko ukončilo sledování a vykazování svého lůžkového fondu v rámci zemí OECD již v roce 1997, kdy byl lůžkový fond modelu akutní péče snížen na 522 lůžek na 100 tis. obyvatel (viz graf č. 9). Ve Francii a ve Švédsku se významně snižují akutní lůžka, zatímco v České republice se počet lůžek neredukuje. Dle mého názoru a z vlastní dlouholeté praxe ve zdravotnictví mohu konstatovat, že zdravotnický systém není připraven k transformaci akutní lůžkové péče z důvodu nečinnosti Ministerstva zdravotnictví.

Velice zajímavé je srovnání trendu rozšiřování sítě soukromých poskytovatelů zdravotní péče. V porovnání s ostatními zeměmi došlo v České republice od roku 1992 (0,28 %) k nárůstu soukromých poskytovatelů, do roku 2006 jejich počet stoupl na 28,73 %. Ve Francii v roce 2006 soukromí poskytovatelé tvořili z 35 %, zatímco ve Švédsku pouze 19 % (viz graf č. 10).

Zajištění primární zdravotní péče je velmi důležité z hlediska dostupnosti pro obyvatelstvo. Dostupnost sítě primární péče je zajišťována praktickými lékaři a dalšími specialisty v oboru interna, pediatrie a psychiatrie. Podíváme-li se do zprávy zemí OECD, která uvádí počet praktických lékařů, připadá v České republice 3,6 lékaře na 1000 obyvatel, ve Francii 3,3 lékaře a ve Švédsku je to 3,6 lékaře. Časový trend zvyšování počtu lékařů od roku 2000 do roku 2008 nám říká, že v České republice se počet zvýšil o 0,8%, ve Francii pouze o 0,2 % a ve Švédsku o 2,5 %. Můžeme konstatovat, že Švédsko od roku 2000 rozšířilo síť poskytovatelů primární péče (praktické lékaře). Trend rozšiřování primární péče ve Švédsku je výsledkem restrukturalizace akutního lůžkového fondu a posílení role primární péče (viz graf č. 12).

Primární péče je také zajišťována prostřednictvím všeobecných sester, vykonávajících přímou ošetrovatelskou péči o klienty, dále sestrami pracující v sekci managementu a v edukační činnosti. V České republice dle statistických dat je na 1000 obyvatel 8 úvazků všeobecných sester a 1,7 zdravotnických asistentů, zatímco ve Francii je počet všeobecných sester 8,5 úvazků a 8,5 úvazku zdravotnických asistentů a ve Švédsku

10,6 úvazků na 1000 obyvatel. Z daných výsledků můžeme konstatovat, že ve Francii je zabezpečena primární péče také dalšími nelékařskými pracovníky. Dle mého názoru Česká republika nedostatečně zajišťuje primární péči poskytovanou všeobecnými sestrami. Francie a Švédsko díky restrukturalizaci akutní lůžkové péče alokují více finančních prostředků do primární péče. V České republice se stále připravují koncepty na transformaci zdravotnictví.

Z etického pohledu není spravedlivá alokace finančních zdrojů do jednotlivých segmentů primární a sekundární péče. Sekundární péče je z hlediska finančních zdrojů mnohem dražší než primární. Do zdravotní politiky a struktury zdravotní péče zasahují loby majitelů zdravotních lůžkových zařízení. Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny mají vypracovávat koncepce plánování dostupnosti primární a sekundární sítě v součinnosti s odbornými společnostmi a kraji. Kraje z důvodu nečinnosti ministerstva začaly řešit zdravotní politiku ve svých regionech. V rámci Asociace krajů vznikla v roce 2012 iniciativa pro plánování dostupné zdravotně sociální sítě, která zohledňuje demografické a geografické faktory v jednotlivých krajích. Kraje jsou zřizovateli zdravotnických zařízení a pobytových sociálních služeb a financují jejich provoz. Mají zájem o optimalizaci restrukturalizace lůžkového fondu vzhledem k zdravotně sociálním potřebám obyvatelstva. Optimalizace v současné době probíhá v Jihomoravském a Středočeském kraji a v kraji Vysočina. V těchto krajích vznikají střednědobé plány rozvoje sociálních služeb a zdravotní plány, které zabezpečí klientům kontinuální zdravotně sociální péči. Dle mého názoru iniciativa krajů je velmi potřebná, ale ministerstvo by mělo být hlavním iniciátorem koncepce zdravotní politiky v celé České republice. Švédsko a Francie svými zákonnými opatřeními vyřešily poskytování primární a sekundární péče v rámci celé země.

Léčba infarktu myokardu může být vedena různými metodami. Perkutánní koronární intervence je jednou z včasných léčebných metod zachraňující život pacienta s podezřením na infarkt myokardu, která se provádí ve specializovaných pracovištích. V České republice se tato metoda začala postupně rozvíjet až po roce 2000, neboť byla doporučena jako metoda v Národním kardiovaskulárním plánu. Francie tuto léčebnou metodu také aplikuje (viz graf č. 13). Mezi další léčebné metody patří farmakologická léčba rizikových faktorů u klientů, kteří trpí vysokou hladinou cholesterolu – léčení farmaky, která se podílejí na snižování hladiny cholesterolu v krvi. Pokud je klient z hlediska tohoto rizikového faktoru správně léčen, může se často předejít následkům kardiovaskulárních chorob, které mohou vyústit v infarkt myokardu a determinují další kvalitu života pacienta. Z hlediska správné farmakologické léčby je definována denní dávka léčiva dle platných ověřených standardů léčby. Tento ukazatel nám poskytuje informaci, zda je klient správně léčen. V České

republice se dle statistických údajů definovaná denní spotřeba farmak od roku 2000 (23 klientů na 1000 obyvatel) do roku 2008 významně zvýšila (na 67 klientů). Ve Francii je farmakologická léčba uplatňována od roku 2000 (65 klientů na 1000 obyvatel) a tento trend správné léčby je postupně zvyšován do roku 2008 (89 klientů). Ve Švédsku od roku 2000 (36 klientů na 1000 obyvatel) nastává zvyšující se tendence používat farmaka v rámci sekundární prevence a v roce 2008 tuto správnou indikaci léků aplikují u 122 klientů (graf č. 14). V České republice se dle získaných poznatků v praxi nedostatečně využívá účelné farmakoterapie v léčbě vysoké hladiny cholesterolu v krvi. Pokud porovnáme výkony PTCA a samotnou sekundární prevenci v České republice, je zřejmé, že je více pozornosti věnováno invazivní metodě PTCA. Podíváme-li se na tržby z prodeje farmaceutických firem, které nabízejí léčiva na snižování hladiny lipidů v krvi, je zajímavé, že v České republice jsou farmaka dražší než v ostatních srovnávaných zemích. Například ve Švédsku dle výsledků poklesly tržby farmaceutických firem ze 4,1 % v roce 2000 na 2,2 % v roce 2008, nejspíše poklesla cena nabízených léků a dle platných standardů je účelně léčeno více klientů (viz graf č. 22).

Můžeme konstatovat, že se postupně zlepšuje léčba doporučenou dávkou farmaky dle standardů. Za nespravedlivé můžeme považovat ekonomickou regulaci od zdravotních pojišťoven či zřizovatele, kteří lékaře staví do dvojí role: jednak lékaře, jenž má léčit *lege artis*, a jednak ekonoma s regulací nákladů na předepsanou léčbu. Obecně lze říci, že musí být stanovena pozitivní regulace nákladů na zdravotní péči, neboť zdravotní služby by spotřebovaly všechny finanční zdroje, které by byly alokovány. V České republice je problém s cenami léčiv na primární a sekundární prevenci vysoké hladiny cholesterolu v krvi. Ve srovnávacích zemích jsou ceny za léčiva nižší než v naší republice. Možnou příčinou může být loby farmaceutických společností, které významně zasahují do cen tvorby a úhrady léčiv od zdravotních pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím Státního zdravotní ústav, který je jeho příspěvkovou organizací, by mělo monitorovat priority nastavené zdravotní politiky. Ve své činnosti se zaměřují na ochranu a podporu zdraví, zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, monitorování a výzkumu vztahů životních podmínek a zdraví. Z makroekonomického pohledu má za úkol monitorovat indikátor *cost-benefit* (náklady-užitek) léčiv, dávat přednost léčbě, kdy je tento poměr nejvyšší a kdy tedy docílíme za stejné prostředky co největšího prospěchu pro klienta a společnost. Z mikroekonomického pohledu na alokaci finančních zdrojů je důležité sledovat u jednotlivých diagnostických skupin přínos nastavených preventivních opatření pro jeho kvalitu života, prodlužování délky života, sledování

sociálních faktorů v konsenzu se stanovenými medicínskými kritérii. Výsledkem sledování by mělo být propojení objektivních údajů (léčba, opatření) a subjektivních kritérií u klientů. Tento přístup má význam i pro statistické hodnocení jednotlivých přístupů léčby, které je z mikroekonomického hlediska možno hodnotit (např. stanovení ceny léčby, screeningová onemocnění). Mohu konstatovat, že nástroje v České republice pro monitorování zdravotního stavu obyvatelstva v souvislosti s alokací zdrojů jsou zákonně upraveny. Tuto činnost vykonává Státní zdravotní ústav, ale nemůžeme jednoznačně říci, zda se výsledky jejich studií promítají do legislativních opatření Ministerstva zdravotnictví a mají vliv na Pozitivní lékový list zdravotních pojišťoven.

13.3. Oblast životního stylu zaměřená na determinanty zdraví

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle determinant zdraví, tvořících základní stavební kameny v dalším rozvoji populace. Zde se zaměřím na indikátory zdravého životního stylu: požívání alkoholu, kouření, zdravá strava u populace 10–15 let. Tyto indikátory mohou ukazovat, jak je ve srovnávaných zemích zajištěna prevence, edukace a vzdělávání v rámci správného životního stylu. Zdravý životní styl by měl být uplatňován již od narození a začíná tedy v rodině.

Jedním z rizikových faktorů je obezita, která může být příčinou vzniku kardiovaskulárních chorob, vysokého tlaku a dalších civilizačních chorob. Příčiny obezity jsou známy: mezi důležité faktory patří špatné stravovací návyky a nedostatek tělesné aktivity. Česká republika je ve výskytu obezity na prvním místě oproti srovnávacím zemím, dle výzkumné zprávy se však významně neliší konzumace ovoce a zeleniny, a to zejména u dívek. Tělesné aktivitě se věnují více dívky než chlapci, ale je velmi zajímavé, že dle statistik se v naší republice věnuje aktivitám 21 % sledované populace, a přesto jsme na prvním místě v obezitě. Nabízí se tedy otázka, zda respondenti na dané otázky ve výzkumu odpovídali pravdivě. Další zajímavé výsledky přineslo srovnání kouření u dospívající populace, kdy je Česká republika opět na prvním místě ve srovnání se Švédskem a Francií. (výsledky u dospívající populace poskytla organizace Health Behaviour in School-aged Children, s. 548)

U dospělé populace se zaměřím také na kouření, zdravou výživu a obezitu. Kouření v České republice je více rozšířeno u mužů (30 %) než u žen (19 %) podobně jako ve Francii (u mužů 31 % a u žen 22 %), oproti tomu Švédsko vykazuje menší počet kuřáků (12 % mužů a 17% žen). Nabízí se tedy otázka, zda je ve Švédsku rozšiřována osvěta a zdravotní

gramotnost více než ve srovnávaných zemích. Dále můžeme zdravý životní styl sledovat dle spotřeby ovoce a zeleniny v kilogramech na dospělé osobu za rok. Česká republika uvádí, že na jednu osobu připadá 75 kg zeleniny a 71 kg ovoce, ve Francii připadá 98 kg zeleniny a 117 kg ovoce na osobu. Ve Švédsku zkonzumuje jedna osoba za rok 88 kg zeleniny a 117 kg ovoce. Můžeme tedy konstatovat, že v České republice dospělá populace zařazuje do svého jídelníčku méně ovoce a zeleniny než v porovnávaných zemích.

Obezita u dospělých byla zjištěna v České republice (v roce 2008) u 17 % dospělé populace (o 3 % více než v roce 1999). Nárůst obezity je však i ve srovnávaných zemích, kdy ve Francii stoupá počet případů (ze 7 % z roku 2000 na 12 % v roce 2008). Švédsko vykazuje menší počet populace trpících obezitou a to pouze v 10 %. (OECD Statistics, Non-Medical Determinants of Health)

Z výsledků vyplývá, že mladiství ani dospělí nemají dostupné informace o zdravém životním stylu a tento aspekt může souviset s nízkou zdravotní gramotností. Výchova ke zdraví je zařazena ve školách do rodinné výchovy, ale záleží na osobnosti učitele, jakou formu výuky zvolí, aby motivoval ke zdravému životnímu stylu. Na zvyšujícím se počtu obězních mladistvých má patrně vliv i rozvoj rychlých občerstvení (McDonald's, KFC a dalších). I v malých městech najdeme podobné obchody a restaurace, které nabízejí nezdravou stravu. Ve školách se objevují často automaty na nápoje typu Coca-Coly, které obsahují cukr. Je velice málo škol nabízejících automaty na mléko a mléčné výrobky. Otázkou zůstává, zda si děti mléčné výrobky opravdu kupují.

Dle mého názoru stres a hrozba nezaměstnanosti u dospělé populace (míra nezaměstnanosti v České republice je k 31. 5. 2012 8,2 %, MPSV portál) vede k tomu, že se zaměstnanci přizpůsobují pracovní dobou potřebám zaměstnavatelů. Rodina se často ocitá v časovém stresu a dřívější tradiční vaření teplých večeří se stalo minulostí. Nakupujeme polotovary, mastné výrobky, bílé pečivo ve snaze zvládat práci a rodinu. Tento aspekt má vliv nejenom na mladistvé, ale i na dospělé populaci v nárůstu obezity. Dospělí mají jít příkladem svým dětem, které se učí od svých rodičů a napodobují jejich zvyky a rituály.

Mezi další indikátory spojené se zdravým způsobem života je konzumování alkoholických nápojů, a to jak u dospělých, tak i u mladistvých, zvyšující riziko kardiovaskulárních a dalších civilizačních chorob. V České republice má zkušenost s alkoholickými nápoji 12,1 % dospělé populace, ve Francii je to 12,6 % a ve Švédsku 6,9 %. Švédsko od roku 2000 vyhlásilo program veřejného zdraví, který se zaměřil převážně na rodiny s dětmi, osoby se sníženým socioekonomickým statusem a dlouhodobě nemocné. Mohu tedy konstatovat, že pokud je program nastavený dle zjištěných indikátorů, vede

nesporně k cíli – ke zlepšení zdravotního stavu populace. Obezita, stres, kouření a alkohol jsou známky nezdravého životního stylu u celé populace vedoucí později ke zdravotním problémům.

Dle mého názoru preventivní programy zdravotní péče o mladistvé a dospělou populaci jsou nastaveny v rámci právních norem, ale opět záleží na individuálním přístupu lékaře a klienta. U mladistvých je důležitý faktor motivace dítěte rodiči, snaha podporovat jeho zdravý životní styl, spočívající v pravidelném zdravém jídle. Můžeme také konstatovat, že na obézní populaci velice dobře obchodně zareagovaly farmaceutické firmy. Díváme-li se na televizi, v každém reklamním vstupu mezi hlavními programy jsou nabízeny „záračné“ tablety na hubnutí. V každém městě najdeme salony nabízející odtučňovací kúry, které jsou však velmi drahé.

V České republice se často řeší pouze následky špatného životního stylu. Samozřejmě, že je na každém jedinci, jak se o sebe stará, ale je nutné se více věnovat zdravotní gramotnosti přizpůsobené věku populace. Je zřejmé, že nárůst nezaměstnanosti a nízké příjmy obyvatel v současné době ovlivňují nezdravý způsob života. Nezaměstnaný člověk nemá pocit bezpečí a jistoty v zajištění finančních prostředků pro rodinu, dostává se tak do stresové situace, kterou může řešit nadměrnou konzumací alkoholu. Determinanty zdraví a ovlivnění indikátorů je celospolečenský problém, který se netýká pouze zdravotnického systému. Je nutné se zaměřit na podporu kvalitních českých výrobků a jejich vstup na trh, do velkých obchodních řetězců. Dále na snižování nezaměstnanosti obyvatel, programy související s podporou rodin s dětmi a na kvalitnější a dostupné bydlení pro nízkopříjmovou skupinu obyvatel. Pro ilustraci uvedu výzkum HELEN Centra zdraví a životního prostředí Státního zdravotního ústavu, které se kromě jiných činností věnuje monitorování zdraví obyvatel ve vztahu k životnímu prostředí. Centrum se zabývá otázkami vlivu životního prostředí na zdraví člověka. Studie HELEN byla realizována ve třech etapách od roku 2002 do roku 2010, celkem se jí účastnilo 5103 respondentů. Studie byla zaměřena na diagnostickou skupinu obyvatelstva 45–54 let ohroženou kardiovaskulární chorobou. Obsahem studie bylo sledování ukazatele subjektivního vnímání vlastního zdraví, které se utváří na základě spolupůsobení mnoha faktorů biologických, psychologických a sociálních. Dále se sledovaly tyto ukazatele: obezita, životní styl, hladiny cholesterolu v krvi, hodnoty krevního tlaku a jeho účinná léčba. Výsledky studie ukázaly, že během 10letého sledování stoupal podíl osob v dlouhodobé péči lékaře, nicméně tento fakt se nijak nepromítl do subjektivního hodnocení zdraví a celkové spokojenosti respondentů se životem.

Podíl osob celkově spokojených se svým životem po dobu studie stoupal. Dále bylo zjištěno, že byl zaznamenán nárůst vysokého krevního tlaku u sledovaných mužů i žen. Podle této studie však zároveň stoupá podíl osob, které vědí o své hypertenzi. A právě včasnější diagnostika se může významně podílet na nárůstu prevalence vysokého krevního tlaku. Za pozitivní považují výzkumníci, že narostl počet léčených hypertoniků. U kuřáků ve věkové skupině 15–64 let však od roku 1997 nedošlo ke snížení prevalence kouření. Ve věkové skupině 45–54 let se ukazuje určitý posun, na začátku dekády (2000 až 2005) byl podíl kuřáků v této věkové skupině kolem 25 %, od 2. poloviny dekády se pohyboval v rozmezí 21–17 %. Za závažné zjištění je považováno, že významně klesl podíl osob (45–54 let) s dostatečnou fyzickou aktivitou. Muži přikládají pohybu stále menší význam než ženy. S pohybovou aktivitou úzce souvisí i problematika obezity. V ČR stále stoupá procento osob s nadváhou a obezitou. Častěji byla zjištěna nadváha a obezita u starších mužů. (Hodnocení zdravotního stavu, Studie HELEN, 2012) Výsledky studie jsou přínosné pro nastavení preventivních opatření u populace 45–54 let, která je ohrožena vznikem kardiovaskulárních chorob. Opět mohu konstatovat, že bude velmi záležet na každém jedinci, jak bude pečovat o své zdraví. Posilování zdravotní gramotnosti obyvatelstva je důležitým prvkem preventivních opatření.

13.4. Oblast financování zdravotnictví a alokace zdrojů v rámci zdravotnického systému

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle způsobu financování z veřejných rozpočtů, zdravotních pojišťoven a alokace zdrojů do vybraných segmentů. Alokaci finančních zdrojů do zdravotnického systému můžeme sledovat dle HDP (hrubý domácí produkt), který je součtem všech výdajů zdravotnických služeb, zdravotnických prostředků a léčiv vyjádřený v procentech. Česká republika alokuje do zdravotnictví celkem 7,1 %, Švédsko 9,4 % a Francie 11,2 % finančních zdrojů (viz graf č. 15).

Dále je možné srovnat jednotlivé systémy dle celkových nákladů na zdravotní péči v dolarech na 1 obyvatele a dle alokace finančních prostředků na zdraví obyvatel. V roce 2010 se v České republice alokace finančních zdrojů navýšila na 1 obyvatele na 1884 dolarů, ve Švédsku 3758 dolarů a ve Francii 3974 dolarů na obyvatele. Lze tedy konstatovat, že Česká republika vynakládá méně finančních prostředků na zdravotní péči na jednoho obyvatele za rok než ve srovnávacích zemích (viz graf č. 16). Populace v České republice není zdravější než v ostatních zemích. Dle výsledků studie vybraných onemocnění může být

mezi faktory nákladovosti nejspíše nižší cena za práci lékaře a nelékařského personálu. Finanční spoluúčast klienta je porovnatelná se Švédskem (17 %), ve Francii je spoluúčast vyšší (21 %), ale je řešena formou připojištění u soukromých pojišťoven.

Mezi další ukazatele patří podíl celkových nákladů na předepsaná léčiva, která tvoří v České republice a Francii asi 2 % a ve Švédsku 1 % z celkových nákladů na zdravotní péči z HDP. Lze tedy uzavřít, že Švédsko alokuje méně finančních prostředků na léčiva, z čehož vyplývá, že švédská populace je zdravější než ve srovnávacích zemích.

Zajistit spravedlivou alokaci finančních prostředků na všechny druhy poskytované zdravotní péče by mělo být prioritou ministerstva zdravotnictví. Plánovaná restrukturalizace akutního lůžkového fondu navrhovaná již roce 2008 se neuskutečnila. Jak jsem již zmínila, navrhované zákonné normy Dlouhodobé zdravotně sociální péče a koordinované rehabilitace nebyly přijaty. Restrukturalizace a optimalizace dostupné sítě se realizuje pouze v některých krajích, které jsou zřizovateli zdravotnických lůžkových zařízení. Dle dostupných informací kraje Jihomoravský, Karlovarský a Vysočina mají podané projekty z Evropských sociálních fondů, které se zabývají optimalizací dostupné zdravotní sítě v návaznosti na sociální systém dle zdravotně sociálních potřeb jednotlivých cílových skupin obyvatelstva. Pro kraj Vysočina jsem v koordinačním týmu řešení dostupné sítě zdravotně sociálních služeb s návrhem na střednědobé a dlouhodobé financování krajem.

13.5. Oblast rehabilitační a dlouhodobé péče

Problematiku rehabilitace u osob se zdravotním postižením lze chápat v širším kontextu. Je však velmi důležité, jak je celý systém rehabilitace nastaven v rámci zdravotního a sociálního systému. Dle Rostislava Čeveli a Libuše Čeledové se jedná o tuto definici: „Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Za resocializaci je považován návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání. Poskytování rehabilitace ve všech jejích oblastech se proto musí řídit jednotnými základními principy, kterými jsou: včasnost; komplexnost, návaznost a koordinovanost; dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost. Pfeiffer, Votava, Jesenský a Novosad považují rehabilitaci za kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně vzdělávacích i technických prostředků a postupů k výcviku jedince za účelem znovuzískání a upevnění nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti a soběstačnosti v postižení či nemoci dotčených oblastí života i ke stabilizaci zdravotního

stavu jedince. Základním kamenem rehabilitačního procesu je léčebná rehabilitace a její neúspěšnost.” (Čevela, Čeledová, 2012, s. 14) Problematika koordinované rehabilitace osob se zdravotním postižením patří již více než 10 let v České republice ke stále se opakujícím tématům. V rámci této problematiky nebyly v České republice realizovány žádné studie, kromě Případové studie společenských nákladů spojených s následky poranění mozku (TBI). Tato studie byla realizována na Rehabilitační klinice Všeobecné fakultní nemocnice docentkou Švestkovou ve spolupráci s Rehabilitačním oddělení Krajské nemocnice Ústí nad Labem pod vedením primáře dr. Maršálka. Pro ilustraci uvedu výňatek se závěrečné zprávy studie: „*Pro klienty po poranění mozku vyžadující další aktivní rehabilitační péči z medicínského hlediska je akutní péče na vysoké úrovni, ale chybí včasná následná péče. Kvalita následné péče odpovídá typu zařízení, do kterého se pacient přesune. Nekoordinovanost a náhodnost procesu rehabilitace má vliv na výsledky péče a na soběstačnost. Náklady na zdravotní péči záleží na časovém průběhu a délce onemocnění. Celková úhrada zdravotní péče v prvních dnech se pohybuje kolem 25–40 tisíci Kč denně, v prvním roce stojí péče mezi 750–960 tisíci Kč, podle zařízení, kde je pacient hospitalizován. Dále podle délky celkové hospitalizace a pobytu v lůžkových rehabilitačních zařízeních podíl rehabilitace činí 10–20% celkových nákladů. Musíme také připočítat finanční náklady na sociální systém – dávky, které jsou v první roce z nemocenského pojištění, příspěvek na péči, následně plný invalidní důchod (cca 9000 Kč) a další různé jednorázové dávky, např. na kompenzační pomůcky dle závažnosti disability.*“

Odborníci se snažili prokázat celkovou nákladovost v rámci zdravotního a sociálního systému. Není možné tyto systémy od sebe oddělovat, neboť klient prochází během rekonvalescence oběma. Tato studie měla být důkazním materiálem na podporu zákona o koordinované rehabilitaci, mj. ještě prokázala nedostatečnou informovanost klientů a nefungující systém na rozhraní zdravotní a sociální péče. Domácí prostředí klienta a neformální péče má významný vliv na výsledky rekonvalescence. Klient a jeho rodina nemá dostatek informací o dalších možnostech léčby, péče, služeb. Neexistence koordinace na rozhraní následné a sociální péče způsobuje vysoké náklady pro všechny systémy. Prostředky „investované“ do akutní péče se nikde dále nezúročují, zdravotníci primárně neřeší následnou soběstačnost pacientů, zdravotní pojišťovny nejsou motivovány sledovat pacienty dlouhodobě nemocné. Na sociální systém dopadají důsledky nesystémového poskytování zdravotní péče. (výňatek z případové studie společenských nákladů spojených s následky poranění mozku TBI, zdroj MZ, červen 2011)

V zemích, jako je Švédsko, je koordinovaná rehabilitace zavedena již několik let. Tato země díky tomuto systému nerozlišuje dlouhodobou péči, neboť ta je součástí koordinované rehabilitace. Finanční prostředky na koordinovanou rehabilitaci se pohybují cca na 58 %. Francie má dlouhodobou a rehabilitační péči oddělenou. Celkově se alokace finančních zdrojů pohybuje cca ze 43 % na rehabilitační péči, zatímco Česká republika alokuje do této péče 53 % (viz graf č. 18). Je velmi těžké srovnávat druhou fázi této zdravotní péče, neboť každá země má systém rehabilitační péče jinak nastavený. Česká republika, jak již bylo uvedeno, nemá žádný systém koordinované rehabilitační péče a ani systém dlouhodobé péče. Vše se děje pouze na základě osvědčení lékařů a dostupnosti zařízení v kraji. Na základě vlastních zkušeností a z důvodové zprávy pracovní skupiny k problematice koordinované rehabilitace na Ministerstvu práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) je zcela zřejmé, že záleží na zdravotnickém pracovišti, zda bude klientovi poskytnuta další rehabilitační péče. Revizní lékař hraje v celém systému velkou roli, neboť s další péčí o klienta musí souhlasit. V tomto kontextu lze identifikovat, že ve Švédsku a Francii je tato péče nedílnou součástí přechodu z akutní fáze nemoci, zatímco v České republice se klientovi dostává této péče třeba až za několik měsíců po ukončení akutní fáze onemocnění. Nárok na kompenzační pomůcky jako chodítko či mechanický vozík se řeší s revizním lékařem. Do doby, než revizní lékař schválí pomůcku (cca 3 měsíce), klient a jeho rodina shání kompenzační pomůcky po různých půjčovnách, nemají zajištěno ani bezbariérové bydlení atd. Není spravedlivé, že dostupnost další rehabilitační péče a kompenzačních pomůcek nezbytných pro klienta není dostatečně zajištěna ze strany zdravotních pojišťoven, které mají vliv na utváření dostupné sítě.

Dlouhodobou péči lze definovat jako nabídku komplexních zdravotně sociálních služeb pro osoby s dlouhodobě omezenou soběstačností, která je poskytována doma nebo v institucích. Velmi dobře vymezuje dlouhodobou péči recentní materiál, který byl vydán v rámci konference Švédského předsednictví Evropské unie: *„Dlouhodobá péče spojuje spektrum zdravotních a sociálních služeb, které jsou šity na míru potřebám lidí, kteří potřebují po delší dobu (extended period of time) pomoc v základních sebe obslužných aktivitách z důvodu chronické nemoci či jiné příčiny disability (a to včetně demence či jiných poruch duševního zdraví). Zahrnuje pomoc jak profesionální, tak i laických pečujících.“* (Válková, Korejšová, Holmerová, 2009, s. 23) Systém dlouhodobé péče by měl být třetí fází zdravotně sociální péče o klienty. Zavedené koncepty dlouhodobé péče je velmi těžké porovnávat s ostatními zeměmi. Francie a Švédsko mají systémy dlouhodobé péče vyřešeny, zatímco Česká republika má tuto péči nesystémově rozdělenou mezi Ministerstvo

zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Můžeme tedy pouze diskutovat celkové finanční náklady na dlouhodobou ošetrovatelskou péči.

Ošetrovatelský personál (všeobecné sestry) pracují na odděleních dlouhodobé péče. V České republice to jsou zejména Léčebny pro dlouhodobě nemocné a rezidenční služby sociální péče. Ve Švédsku a Francii to jsou převážně ošetrovatelské domy, kde pracuje ošetrovatelský personál, ale také pracovníci sociálních služeb. Dle výše uvedených diskusních oblastí týkajících se zejména alokace finančních zdrojů do akutní péče je zřejmé, že systém zdravotní péče v České republice je více zaměřen na model akutní péče. Systém dlouhodobé péče je *popelkou* ve zdravotnictví a není dostatečně podporován ze strany zdravotních pojišťoven. Podívejme se na právě tak důležitou oblast dostupnosti kvalitní ošetrovatelské péče: Švédsko alokuje téměř 8 % a Francie více než 11 % do ošetrovatelské péče, oproti tomu Česká republika alokuje pouze 3,8 % finančních prostředků (viz graf č. 19).

Dlouhodobou péči potřebují lidé v důsledku zhoršené schopnosti sebeobsluhy, která může být kvůli zdravotnímu postižení vrozená nebo získaná v průběhu života v důsledku zhoršení zdravotního stavu. Z pohledu zdravotnictví je dlouhodobá péče po fázi akutní a následné péče třetí fází poskytování zdravotních služeb. Je zaměřena na klienty, u kterých se ani zákroky moderní medicíny, ani intenzivní rehabilitací nepodařilo plně obnovit jejich funkční schopnosti a kteří potřebují dlouhodobou systematickou zdravotní péči zejména charakteru ošetrovatelské péče. Odhad celkových veřejných nákladů na dlouhodobou péči v roce 2009 bylo 30 mld. Kč (1,0 % z celkového alokovaného HDP na zdravotní péči). Do tohoto odhadu nejsou započítány náklady na neformální péči poskytovanou v rámci rodin nebo komunit osobami blízkými nebo jinými (kvalifikovaný odhad uvádí až 200 000 přepočtených úvazků blízkých osob).

Autoři důvodové zprávy v Návrhu věcného zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči uvádějí tyto hlavní důvody k přijetí zákonné normy: *„Hrazení dlouhodobé péče je obsaženo ve výdajích zdravotních pojišťoven, státu, krajů, obcí a dalších zřizovatelů zdravotnických zařízení následné péče a poskytovatelů sociálních služeb. Je ale také ve velké míře hrazena ze soukromých rozpočtů podporovaných sociálními dávkami, ať již pojistných nebo nepojistných systémů (ty navíc mohou být mezi sebou kombinovány). Navíc výdaje na dlouhodobou péči se regionálně velmi liší, což vyplývá ze způsobu poskytování péče (někde je poskytována spíše ve zdravotnických zařízeních, někde více neformálně v domácnostech), z rozhodnutí krajů a obcí ohledně investic a dotací do zařízení, které tuto péči poskytují, a ze samotné geografické struktury jejich rozmístění v rámci České republiky (např. koncentrace*

v krajských městech a v Praze). Tyto nerovnosti mají samozřejmě dopad na dostupnost a kvalitu dlouhodobé péče stejně jako na podíl klientů na jejím financování. Regionální rozdíly v dostupnosti dlouhodobé péče se netýkají jen jejího poskytování pobytovou formou, ale i dostupnosti domácích zdravotních ošetrovatelských služeb.“ (Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči Důvodová zpráva – shrnutí)⁶¹

Z etického pohledu ekvity můžeme označit za nespravedlivé, že poskytované zdravotní a sociální služby ze strany jednotlivých resortů mezi sebou nejsou koordinované, což vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, k nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování a k vysokým transakčním nákladům. Roli koordinátora v současnosti nedokáže naplnit ani kraj či obec, důvodem může být Sociální reforma I, která výkon sociální práce delegovala na Krajské pobočky Úřadu práce České republiky.

Dále je nespravedlivá úhrada a finanční spoluúčast občana v případě pobytové péče: ta se významně liší podle toho, zda je občan s obdobnými zdravotně sociálními potřebami klientem zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkové zdravotní služby, nebo klientem zařízení poskytujícího pobytové sociální služby. V případě pobytu v zařízení poskytujícím pobytové sociální služby se klient podle zákonných předpisů MPSV ČR podílí na úhradě stravy a ubytování ve výši maximálně 210 Kč denně za „hotelové služby“ a v průměru cca 170 Kč denně za celodenní stravu a za sociální péči (z příspěvku na péči v průměru 150 Kč za den), zatímco při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení je pobyt hrazen ze všeobecného

⁶¹ Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči, Důvodová zpráva – shrnutí, byl předložen v prosinci 2011 poradě vedení MPSV a MZd, které doporučily předložit Návrh věcného zákona Legislativní radě vlády. Na vypracování důvodové zprávy se podíleli tito odborníci z mezíresortní pracovní skupiny MZd a MPSV: Bc. Vladimír Šiška, MBA – I. náměstek ministra (MPSV), Ing. David Kafka – náměstek ministra 2 (MPSV), MUDr. Bc. Rostislav Čevela PhD. – ředitel odboru (MPSV), Ing. Ludmila Müllerová – vedoucí oddělení poradců (MPSV), Mgr. Monika Válková – poradkyně ministra (MPSV), MUDr. Pavel Hroboň – poradce ministra (MPSV,MZd), JUDr. Eva Rážová – vedoucí oddělení (MPSV), JUDr. Naděžda Břeská – ředitelka odboru (MPSV), JUDr. Jarmila Králová (MPSV), JUDr. Ludmila Trnková (MPSV), Mgr. Petr Hanuš – ředitel odboru (MPSV), Ing. Daniela Lusková – vedoucí oddělení (MPSV), Dr. Rudolf Zajac (poradce ministra MZd), Mgr. Klára Tomková (MPSV), Mgr. Ivana Pýchová (MPSV), MUDr. Vítězslav Vavroušek, MBA – náměstek pro zdravotní péči (MZd), PhDr. Ludmila Vostřáková (MZd), MUDr. Helena Sajdllová – ředitelka odboru (MZd), Mgr. Lucie Krausová – ředitelka odboru (MZd), Mgr. Alena Šmídová (MZd), Mgr. Zoran Nerandžić – poradce ministra (MZD).

zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny v průměru hradí poskytnutou zdravotní péči v pobytových sociálních službách 100 Kč na 1 klienta za den. V důsledku této nerovnosti (a pravděpodobně nedostatečné kapacity zařízení poskytujících pobytové sociální služby) je ve zdravotnických zařízeních hospitalizována řada klientů, kterým je poskytována dlouhodobá péče. Pro řešení tohoto problému je v současné legislativě zákona 108/2006 Sb. v platném znění zaveden institut Sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče („sociální lůžka“). Tento institut v praxi příliš neuspěl proto, že není jasné vymezeno rozhraní mezi následnou a dlouhodobou péčí a klienti často nedávají souhlas s převodem na sociální pobyt, neboť to pro ně znamená významnou finanční spoluúčast podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pro poskytovatele ve zdravotnickém zařízení je tato sociální péče ztrátová, neboť úhrada péče od zdravotních pojišťoven je mnohem nižší. Proces přiznání příspěvku na péči či získání dotace, jako mají jiná pobytová zařízení sociálních služeb, jsou časově zdlouhavé a na dotace ze státního rozpočtu není právní nárok. Pro poskytovatele zdravotnického zařízení je jednodušší vykazovat klienta na zdravotním lůžku, neboť to znamená, že si udrží platby z veřejného zdravotního pojištění. V praxi se také stává, že klienta propustí z hospitalizace na dva dny do domácího ošetření a poté znovu přijmou do identického zdravotnického zařízení pod záminkou zhoršení zdravotního stavu. Z hlediska alokace zdrojů ze všeobecného zdravotního pojištění je nespravedlivé, že uvedený stav vede ke zvýšeným výdajům zdravotních pojišťoven. Klienti jsou většinou hospitalizováni na lůžkách akutní nebo následné péče, jejichž personální zajištění neodpovídá potřebám klienta. Z pohledu zdravotních pojišťoven jako plátců zdravotní péče není spravedlivé, že jsou finanční zdroje neúčelně vynakládány poskytovatelům zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovny zatěžované těmito výdaji se brání plně proplácet potřebnou zdravotní péči poskytovanou v zařízeních pobytových sociálních služeb. Z etického hlediska zachování důstojnosti člověka nemocní dožívají svůj život v prostředí, které je pro poskytování dlouhodobé péče nevhodné vzhledem k jejich sociálním potřebám. Zároveň ale tito pacienti často nedostávají potřebné sociální služby.

V Návrhu věcného zákona dlouhodobě zdravotně sociální péče (dále jen Návrh) jsme se snažili odhadnout finanční zdroje, které by musely být alokovány z obou systémů (sociálního a zdravotního). Autoři Návrhu uvádějí: *„V důsledku takové změny se někteří dnešní pacienti ve zdravotnických zařízeních stanou v souladu se stávající legislativou příjemci příspěvku na péči. Lze předpokládat, že se bude jednat zhruba o 10 000 osob v roce 2012 a v roce 2013 a 16 000 osob v roce 2014 (celkem 36 000 osob). Při předpokladu, že z těchto osob bude 10 % ve stupni 1, 10 % ve stupni 2 a 40 % ve stupni 3 a 4 dojde k nárůstu*

výdajů na příspěvek na péči o 3,6 mld. Kč do roku 2014. Hned v roce 2012 dojde k nárůstu o 1 mld. Kč a podobná situace nastane v roce 2013. V roce 2014 je nárůst odhadován na 1,6 mld. Kč. Tento nárůst mandatorních výdajů na základě dnešní legislativy je možno korigovat zvýšením efektivity zdrojů vydávaných na příspěvek na péči (změny v procesu posuzování, jemnější oddělení jednotlivých stupňů závislosti a další změny připravované MPSV, např. změny v regulaci cen) a zvýšením efektivity celého systému dlouhodobé péče, včetně realokace výdajů zdravotních pojišťoven v rámci segmentů zdravotní péče a stanovení ukončení následné zdravotní péče.“ (Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči, Důvodová zpráva – shrnutí)

Za nespravedlivou můžeme považovat nedostatečnou dostupnost sítě pro klienty vyžadující dlouhodobou zdravotně sociální péči v České republice. Dle dostupných zdrojů se stárnutí bude týkat především populace seniorů, kdy bude zejména narůstat skupina tzv. velmi starých lidí, 80letých a starších, kteří již mají své specifické potřeby. Autorky Válková, Korejsová a Holmerová uvádějí: *„Tento nárůst bude znamenat zvýšení ze současných 4,4 % na 9,4 % v roce 2040 v zemích původní EU 15, zatímco v nově přistoupivších zemích se bude jednat o nárůst ze současných 2,8 % v průměru na 8,4 % v roce 2040. Česká republika bude patřit mezi země s nejrychleji stárnoucí populací.“* (Válková, Korejsová, Holmerová, 2009, s. 1). Již v roce 2010 bylo v rámci Expertní skupiny na problematiku zdravotně sociální péče zpracována publikace s názvem Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. Jejím úkolem a cílem bylo podrobné zmapování současné situace, odborný a ekonomický rozbor náročnosti jednotlivých typů služeb a péče, porovnání s doporučeními EU v této oblasti. Obsahoval také návrh možného řešení problému stárnutí populace s výhledem do roku 2020 tak, aby byly odstraněny zbytečné nákladové položky v oblasti sociálních služeb i zdravotní péče. Dále byly navrhovány potřebné aktivity a instituce, odborně zabezpečující komplexní péči i ochranu této skupiny obyvatel.

Autorky dále píší: *„Podařilo se zmapovat a velice podrobně rozklíčovat jednotlivé typy činností a služeb pro seniory a handicapované, porovnat jejich odborné, kapacitní i ekonomické parametry se standardy EU a navrhnout řešení pro ČR v horizontu r. 2020 tak, aby bylo přijatelnou ekonomickou variantou rozpočtu ČR v následujících letech.“* (Válková, Korejsová, Holmerová, 2009, s. 1)

Pro ilustraci uvedu některá z opatření, která jsme navrhovaly: např. vznik Komunitních center, která podporují sdílenou péči a jsou kombinací formální a neformální péče ve snaze udržet seniora nebo handicapovaného v jeho domácím prostředí. Tento systém

generuje daleko nižší finanční náklady, než je u klientů umístěných v zařízeních pobytových sociálních služeb. Síť služeb by měla být dostupná v běžné komunitě a nedocházelo by k vykořenění klientů z jejich původního prostředí, kdy je obtížné zachovávat stávající rodinné vazby. Přínosem komunitních služeb je podpora zaměstnanosti rovnoměrná ve všech regionech, uživatelé malokapacitních služeb rozvíjejí své funkční schopnosti více, než obyvatelé velkých institucí.

Dále jsme navrhovaly podporu vzniku nového typu lůžkové péče, která je zaměřena na zdravotně sociální potřeby:

- Lůžka dlouhodobé zdravotně sociální péče. Jedná se o nový typ lůžkové péče, která se skládá ze zdravotní a sociální péče a zaměřuje se na specializovanou ošetrovatelskou a rehabilitační péči o klienta (sociální rehabilitace, nácvik kognitivních funkcí dle potřeb klienta), klient přechází na toto lůžko z rehabilitačních nebo geriatrických lůžek po ukončeném léčení.
- Lůžka akutní geriatric, která by mohla vzniknout transformací (odhad 10 %) z celkového počtu lůžkového fondu interních oddělení.
- Lůžka následné geriatric, která by vznikla transformací (odhad 10 %) z celkového počtu následných psychiatrických lůžek. (Válková Korejsová, Holmerová, 2009, s. 49)

Mohu konstatovat, že diskuse nad otázkami nastavení systému dlouhodobé péče probíhají v České republice již 25 let. Nepodařilo se dosud najít konsenzus mezi jednotlivými ministerstvy, Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí, a pojišťovnami, jak dostatečně financovat tuto péči. Nová zákonná norma (zákon 372/2011 o zdravotnických službách) sice definuje dlouhodobou lůžkovou ošetrovatelskou péči, ale to vůbec neřeší stávající problém dostupnosti, neboť na těchto lůžkách jsou hospitalizováni velmi těžce nemocní klienti. Chybí podpora zdravotní péče v terénních službách (domácí zdravotní péče, ale také zároveň některé terénní sociální služby vznikají živelně bez ohledu na sociální potřeby jednotlivých regionů). K dalším problémům patří financování sociálních terénních a ambulantních služeb, které by měly být částečně alokovány z příspěvku na péči od klienta. Není dostatečně prováděna kontrolní činnost a naprosto žádná edukace neformálních pečovatelských ze strany sociálních pracovníků, jak je poskytována péče klientům odkázaných na pomoc druhé osoby u příspěvku na péči ve III a IV stupni. Pokud rodina nevyužívá profesionálních pečovatelských služeb a terénních zdravotních služeb, nemusí být klientovi poskytována řádná péče registrovanou osobou. Další problém je, že sociální služby jsou velmi dobře zavedené ve velkých aglomeracích,

zatímco v malých obcích není žádná služba nabízející pomoc či podporu klientům. Vznikají tak bílá místa v dostupnosti sociálních služeb.

14. Závěr

Zdravá populace by měla být nejvyšší hodnotou ve společnosti, neboť má vliv na alokaci finančních zdrojů do zdravotnického a sociálního systému. Zdravotnický systém ovlivňuje zdraví jedince, ale daleko významněji se podílí na životě jedince další determinanty zdraví (životní styl, genetika, bydlení a další). Disertační práce se zabývala historickým vývojem zdravotnického systému v České republice. Geneze vývoje systému je popisována z pohledu ekvity, solidarity, rovnosti a spravedlnosti ve zdraví, a alokace finančních zdrojů vzhledem k solidaritě zdravý a nemocný, chudý a bohatý. V historickém popisu vývoje zdravotnického systému byla pozornost věnována ekvitě dostupnosti sítě zdravotně sociální péče a alokaci finančních zdrojů v jednotlivých obdobích až do současnosti.

Pro srovnání, zda se náš nastavený zdravotnický systém opírá o etický pohled spravedlnosti, byly vybrány země Francie a Švédsko. Vybrané země jsou rozdílné v pojetí typu sociálního státu. Francie reprezentuje sociální stát, který je konzervativně korporativní, kdy je systém zdravotnictví založen na povinném zdravotním pojištění a dobrovolném soukromém pojištění, které je využíváno ke krytí spoluúčasti klienta za poskytovanou zdravotní péči. Švédsko reprezentuje sociálně demokratický stát založený na univerzální sociálně zdravotní politice. Zdravotní péče je financována z povinného veřejného zdravotního pojištění a doplňkového dobrovolného pojištění sloužícího především ke krytí finanční spoluúčasti klienta na zdravotní péči. Švédsko dále reprezentuje stát, který postupně již 40 let systematicky rozvíjí zdravotnický systém. Česká republika prošla ve svém vývoji mnoha proměnami z pohledu typu státu. Po roce 1989 došlo k politické změně řízení státu, a tak se sociální stát postupně přetransformoval z pasivní pomoci na aktivnější zapojení občanů v odpovědnosti za své zdraví.

Solidaritě mezi chudými a bohatými, nemocnými a zdravými lze porovnat dle nastaveného systému sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění ve srovnávacích zemích. U nás se solidarita postupně vyvíjela od vzniku samostatného Československého státu (1918). V současné době je solidarita uplatňována výší procentuálních odvodů finančních prostředků do sociálního a zdravotnického systému dle mzdy zaměstnanců a zaměstnavatelů. Za matky na rodičovské dovolené, seniory a nezaměstnané odvádí

sociální a zdravotní pojištění stát. Spoluúčast klienta na zdravotní péči byla v roce 2011 cca 16 % a to zejména z důvodu podílení se na platbách farmak a receptů, regulačních poplatků za recept, návštěvy u lékaře a za hospitalizaci (zdravotnická ročenka České republiky, 2012). Ze zákona jsou vyjmenovány některé situace (limity), kdy klient nemusí hradit regulační poplatky (senioři, děti). V současné době nenabízí zdravotní pojišťovna a ani jiné komerční pojišťovny doplňkové připojištění, kromě produktů, jako jsou životní pojistky, které obsahují finanční náhrady za smrt, invaliditu a jiné.

Ve Francii je součástí sociálního zabezpečení i zdravotní pojištění, kdy je spoluúčast klienta na zdravotní péči cca 20 %, ale 95 % Francouzů má sjednáno komerční připojištění na případnou finanční spoluúčast. Klient může v rámci vysoké spoluúčasti využít i nabízené výjimky, které se vztahují na dlouhodobě nemocné (nemocní s AIDS, nádorová onemocnění, diabetes a další), seniory (Fond solidarity ve stáří), a zdravotně postižené (Kubínová, 2007). Švédsko má zavedený systém centrálního řízení zdravotní péče financovaný univerzálním zdravotním pojištěním a také finanční spoluúčastí klienta na zdravotní péči. Podobně jako ve Francii si klient může sjednat doplňkové připojištění zdravotní péče. V rámci solidarity je také stanovena maximální hranice finanční spoluúčasti klienta. Porovnáme-li solidaritu v České republice se srovnávacími zeměmi, lze konstatovat, že nejsou velké rozdíly v nastavení etického principu solidárního zdravotnického systému. Existuje pouze rozdíl v nastavení finanční spoluúčasti, kdy ve Francii a Švédsku si mohou klienti sjednat doplňkového zdravotní připojištění. Obě země mají nastavený systém dostupnosti a financování dlouhodobé péče. Zatímco se v České republice stále nedaří systémově vyřešit dlouhodobou zdravotně sociálně péči. Není definovaná dostupná síť poskytovatelů, podmínky poskytování a ani spravedlivý přístup financování dlouhodobé péče v sociálním a zdravotním systému.

Spravedlnost a rovnost mezi všemi socioekonomickými skupinami obyvatelstva je hlavním tématem dokumentu Zdraví 21 (dokument WHO), který by měl zaručit každému občanovi srovnatelné podmínky v přístupu ke zdraví. V České republice v současné době probíhají reformní změny ve zdravotnictví – snaha o transformaci zdravotnického systému. Změny by měly spočívat zejména v restrukturalizaci lůžkové akutní péče. Je plánováno posílení role aktivně rehabilitační péče a podpora ambulantní speciální péče. V této souvislosti lze říci, že neustálé politické změny od roku 1989 brzdily rozvoj celého zdravotnického systému. Reforma zdravotnictví byla v roce 1995 připravena odborníky, nicméně vlivem střídání politických stran nebyla v celém kontextu uskutečněna. Proto se současný zdravotnický systém nachází ve značném finančním deficitu.

Srovnávací země zvolily v rámci reformy zdravotnického systému informační kampaň na pochopení změn u klientů. Ministerstvo zdravotnictví České republiky nemělo připravenou cílenou komunikační strategii vysvětlení změn ve zdravotnickém systému. Klientům byla reforma předkládána pouze jako snaha o regulaci chování jejich přístupu ke zdravotní péči.

Spravedlivý přístup dostupnosti všech zdravotních služeb a také sociálních služeb spočívá zejména v alokaci finančních zdrojů do obou systémů. V České republice se uplatňuje akutní model péče: 51 % finančních prostředků z celkových nákladů z vybraného zdravotního pojištění je alokováno do akutní lůžkové péče a ostatní typy péče jsou podfinancovány (domácí zdravotní péče, geriatrická péče apod.). Akutní zdravotní péče je klientům poskytována na vysoké úrovni, ale následná rehabilitační a dlouhodobá péče nejsou na komunitní úrovni dostatečně rozvíjeny. Naproti tomu ve Francii a ve Švédsku je zaveden systém komunitní péče, kde hlavní roli v systému hraje lékař v primární péči a ošetřující lékař, který koordinuje zdravotně sociální péči o klienta. Mezi další aktéry poskytování dlouhodobé péče patří case manažeři a to převážně v ambulantní a terénní péči, kteří zabezpečují dlouhodobou péči klientům v jejich domácím prostředí. Zatímco v České republice není primární péče a komunitní péče systémově řešena. Ve Francii byla uskutečněna reforma zdravotnického systému v roce 2004 a výsledkem bylo efektivnější hospodaření ve zdravotnickém systému. Švédsko v roce 2000 zahájilo rozsáhlou kampaň v naplňování cílů veřejného zdraví, jejíž hlavní prioritou byla změna péče o dlouhodobě nemocné, seniorskou populaci a občany s nízkým socioekonomickým statutem.

Spravedlnost můžeme také hodnotit dle dostupnosti různých typů zdravotní péče. Česká republika je stále orientovaná na akutní model péče bez následné koordinace další zdravotně sociální péče. Švédsko a Francie se v minulosti zaměřily na restrukturalizaci akutního lůžkového fondu a posílily zdravotně sociální péči na komunitní úrovni. Ve zdravotních systémech rozvinuly aktivně rehabilitační a dlouhodobou péči poskytovanou převážně v domácím prostředí. Obě země snížily počet lůžek ve zdravotnickém a sociálním systému, zatímco Česká republika stále buduje nová lůžková sociální zařízení. Česká republika má od zdravotních pojišťoven zavedené regulační mechanismy na poskytování ambulantních a terénních služeb dlouhodobé zdravotně sociální péče. Zdravotní pojišťovny nemají zájem o rozšiřování dostupné sítě oboru geriatric, rehabilitační péče a všech druhů dlouhodobé zdravotně sociální péče. Tato nespravedlivá alokace finančních zdrojů v obou systémech spočívá v nesprávném nastavení dostupnosti zdravotních služeb, kdy převažuje akutní model péče, a nezbyvají finanční prostředky na financování dlouhodobé péče.

Hodnocení ekvity spravedlivé alokace finančních zdrojů můžeme také analyzovat a srovnávat ze dvou úhlů pohledu. Jedním z ukazatelů je alokace finančních prostředků z hrubého domácího produktu. Česká republika alokuje méně finančních prostředků do zdravotnického systému než Francie a Švédsko. Druhý úhel pohledu je celkový náklad na zdravotní péči na jednoho obyvatele. Česká republika vynakládá méně finančních prostředků na zdravotní péči na jednoho obyvatele za rok než Francie a Švédsko. K těmto indikátorům můžeme připojit neefektivní rozložení akutní lůžkové péče v České republice a vyšší alokaci finančních prostředků do akutní lůžkové péče.

Dle výsledků studie ve srovnávacích zemích se uskutečnily reformní změny s pozitivním výsledkem finanční bilance ve zdravotnickém systému a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Obyvatelstvo ve Francii a Švédsku je zdravější než v České republice, dožívá se vyššího věku bez zdravotního omezení. Tento pozitivní trend zlepšování zdravotního stavu obyvatel je prokázán na příkladu mortality a morbidit na kardiovaskulární onemocnění. Na příkladu kardiovaskulárních onemocnění bylo dále prokázáno, že léková politika (vyšší ceny léčiv než v ostatních zemích) a farmakologická léčba klienta (léčba zvýšené hladiny cholesterolu) není aplikována dle doporučených standardů léčby. Obecně lze říci, že se Česká republika snaží řešit problematiku kardiovaskulárních chorob, ale nedosahuje takových výsledků jako srovnávací země. Akutní model zdravotně kardiovaskulární péče zachrání klienta, ale dostatečně neumí zajistit ambulantní a terénní zdravotně sociální služby, které jsou regulovány ze strany zdravotních pojišťoven. Na příkladu kazuistik byl prezentován nesystémový přístup ke klientům vyžadující dlouhodobou péči. Klient s určitou mírou disability je odkázán na pomoc svých blízkých a regulovaných zdravotních služeb, pokud chce setrvat ve svém přirozeném prostředí. Dále může klient a jeho rodina využít služeb odborných léčebných ústavů bez zajištění sociálních potřeb, které jsou však „zadarmo“, a otvírají prostor korupčního jednání.

Právo na zdraví je uplatňováno ve všech srovnávaných zemích. Právo na zdraví je zabezpečeno ve všech srovnávaných zemích Ústavou, která zabezpečuje všem obyvatelům právo na zdraví v solidárním systému, aby ochránila všechny socioekonomické skupiny obyvatel. V České republice jsou uplatňovány mezinárodní úmluvy a právní normy, které mají pomoci obyvatelům uplatňovat toto právo. V roce 2012 vstoupil v platnost zákon o zdravotnických službách akceptující právě mezinárodní úmluvu (Konvenci o biomedicině), která překonala zákon o zdraví lidu (z roku 1966). Právní úprava řeší kromě dalších změn i práva nemocných, institut posledního přání a dále povinnosti zdravotnického zařízení v další koordinaci péče o klienta. Další reformní krok v České republice je

stanovení časové a místní dostupnosti zdravotní péče (Nařízení vlády České republiky platné od 1. 1. 2013), kde je právo na zdraví definováno pomocí časové dostupnosti vyjádřené v minutách dojezdu na jednotlivá základní a specializovaná zdravotnická pracoviště a čekací doby plánovaných náročných operačních výkonů (např. náhrada kyčelního kloubu, operace šedého zákalu a další). Tento model zajištění spravedlivé dostupnosti pro klienta není odbornou veřejností akceptován, není spravedlivý ke všem klientům, kteří vyžadují specializovanou péči.

Ve srovnávacích zemích je zavedena role lékaře formou gatekeepingu, který koordinuje celý proces zdravotní péče o klienta. Dále je ve Francii a Švédsku podporována a rozvíjena regionální zdravotní péče, která se opírá především o lékaře v primární péči, ambulantní specialisty a nelékařské pracovníky v poskytování zdravotně sociální péče. Je uplatňován multidisciplinární přístup péče o klienta. Postupně redukuje lůžka akutní péče ve zdravotnických zařízeních. V České republice lékař v primární péči nepřebírá odpovědnost za celý léčebný proces o klienta. Často se stává, že klient přichází ke specialistovi bez doporučení k vyšetření od lékaře v primární péči a může navštívit i více specialistů dle vlastní volby. Nekoordinovaný způsob řízení zdravotní péče o klienta navyšuje finanční prostředky čerpané ze všeobecného zdravotního pojištění. Je tedy zřejmé, že potom není dostatek finančních prostředků na úhradu dlouhodobé péče v pobytových sociálních službách, neboť klient s vyšší mírou disability vyžaduje i zabezpečení zdravotní a rehabilitační péče dle svého zdravotního stavu. Za nespravedlivé můžeme považovat, že úhrada za zdravotní péči v pobytových sociálních službách, není adekvátně hrazena ze strany zdravotních pojišťoven. Veškerá úhrada se koncentruje do akutní nemocniční péče „vítězné medicíny“, která zachrání život člověka, ale nemá žádný jiný mechanismus, který by dále zabezpečoval finančně zdravotně sociální služby nezbytné k zachování důstojnosti a autonomie člověka vyžadující další návaznou péči. Zdravotní pojišťovny v roce 2013 plánovaly redukcí akutní lůžkové péče ve zdravotnických zařízeních ve prospěch dlouhodobé péče. Otázkou však zůstává, zda připravovaná reformní opatření jsou ve prospěch rozvoje a dostupnosti sítě dalších návazných typů péče, jako je následná aktivně rehabilitační péče a dlouhodobá zdravotně sociální péče. Dle mých zkušeností zdravotní pojišťovny uplatnily omezení a úhradu na lůžkovou péči v psychiatrických nemocnicích. Nesystémově se snížil počet lůžek v psychiatrických nemocnicích ve prospěch služeb sociální péče a to transformací lůžek na lůžka poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních. Zdravotní pojišťovny si snížily úhrady na zdravotní péči, ale sociální systém přispívá z dotací státního rozpočtu na sociální služby v psychiatrických

nemocnicích. V praxi to znamená, že jeden systém vykryvá finanční náklady na péči, druhým systémem a vůbec není řešena dostupnost sítě a alokace finančních zdrojů do jiných komodit zdravotně sociálních služeb, které klient vyžaduje

Zdravý životní styl je hlavním determinantou vzniku kardiovaskulárních chorob a jiných chronických onemocnění. Česká populace nedosahuje srovnatelné úrovně sledovaných indikátorů zdravého životního stylu u dospívající a dospělé populace (konzumace ovoce, zeleniny, tělesná aktivita, kouření, obezita, požívání alkoholu). Jednou z příčin, proč žijeme tak nezdravě oproti srovnávacím zemím, může být nedostatečná zdravotní gramotnost, stresující životní styl a ztráta jistoty zaměstnání.

Závěrem lze říci, že zdravotnický systém v České republice je stále v přípravách reformních změn, které by bylo vhodné uskutečnit v souvislosti s deficitem veřejných prostředků. Francie a Švédsko jsou země, které si prošly reformními změnami ve zdravotnickém a sociálním systému, a proto je možné se inspirovat i v implementaci některých systémových změn. Velkou příležitostí pro Českou republiku je nastavení aktivně rehabilitační lůžkové péče, ambulantní a dlouhodobé zdravotně sociální péče na komunitní úrovni, stejně jako podpora realokace finančních prostředků do zmiňovaných typů péče o klienta a účelnější využívání finančních prostředků z veřejných zdrojů.

Příloha č. 1 Modelace nákladů na ošetrovací den

Návrh personálního standardu dlouhodobé péče

Zpracoval: Tomáš Roubal, Monika Válková

V těchto zařízeních se vychází z úhrady za ošetrovací den od ZP

Vyšší varianta odpovídá stupni závislosti IV

Hodnota ošetrovacího dne = 350 Kč

Personální vybavení na 50 lůžek				
	Lékař	ZPBD/ vedoucí sestra	ZPBD	Pracovník v přímoobslužné péči
Zdravotně sociální lůžko	0	1	12	23.5

Personální vybavení na 50 lůžek

1 ZPBO (8 hodin denně) s vysokoškolským vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí (pro výkony v ošetrovatelské zdravotní péči)

12 ZPBO (ve třísměnném provozu) se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez

odborného dohledu pro výkon ošetrovatelských činností

23.5 pracovník v přímoobslužné péči (ve třisměnném provozu) asistent pro pečovatelské služby/ pracovník v přímé péči zajišťující sociální úkony)

Hodnota použitého materiálu na den = 100Kč

Lékař -0.2 ambulantní specialista s kurzem MDP

Střední varianta odpovídá IV. stupni závislosti

Hodnota ošetrovacího dne = 300 Kč

Personální vybavení na 50 lůžek				
	lékař	ZPBD	ZPBD	Pracovník v přímoobslužné péči
Zdravotně sociální lůžko	0	1	8.5	21.5

Personální vybavení na 50 lůžek

1 ZBDO (8 hodin denně) s vysokoškolským vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí (pro výkony ošetrovatelské zdravotní péče)

8.5 ZBDO (ve třisměnném provozu) se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu

21.5 pracovník v přímoobslužné péči (ve třisměnném provozu) asistent pro pečovatelské služby/ pracovník v přímé péči zajišťující sociální úkony)

Hodnota použitého materiálu na den = 100Kč

Lékař -0.2 ambulantní specialista s kurzem MDP

Výpočet nákladů a příjmů dle modelace ošetrovacího dne v lůžkových zařízeních dlouhodobé péče

Personální standard dle Modelace nákladů na dlouhodobou péči v lůžkových zařízeních dlouhodobé péče									
Domovy se zvláštním režimem									
klienti ve IV. stupni závislosti									
počet klientů : 50		úhrada za OD od ZP-350 Kč							
personální obsazení na 50 lůžek				počet úvazků/ 1 lůžko			počet úvazků / 50 klientů		
všeobecná sestra bez odborného dohledu				0.23			12 úvazků		
pracovník v přímé péči				0.47			23.5 úvazků		
výpočet příjmů od ZP									
ZP/1 den/ 50 klientů		z toho SZM/1 den/ 50 klientů			ZP/1 měsíc/ 50 klientů		z toho SZM /1 měsíc / 50 klientů		
17 500 Kč		5 000 Kč			525 000 Kč		150 000 Kč		
výpočet příjmů od klienta PnP									
PnP /1 den/50 klientů		PnP/50 klientů/ 1 měsíc							
12 000 Kč		600 000 Kč							
1 den/1 klient									
400 Kč									

Komentář

mzdy pracovníků v přímo obslužné péči: 23.5 úvazku při hrubé mzdě (včetně odvodů) 22 000 Kč = 517 000 Kč + 1.0 sociál. pracovník 45 000 Kč = 562 000 Kč

mzdy všeobecných sester 12 úvazků odpovídá měsíční platbě od ZP na mzdu kvalifikovaných nelékařských pracovníků v celkové hodnotě 375 000 Kč

11 úvazků pracovníků v třisměnném provozu při hrubé mzdě 30 000 Kč (včetně odvodů) - 330 000 Kč + 45 000 Kč na 1 úvazek vedoucího pracovníka s VŠ vzděláním

náklady na SZM za 1 měsíc 150 000 Kč + náklady na mzdy 375 000 Kč VS činí 525 000 Kč od ZP

Dle nové metodiky dotací na rok 2015 je úhrada pro domov se zvláštním režimem úhrada 3 000 Kč / 1 měsíc na 1 lůžko/ 50 klientů= 150 000 Kč (poskytovatel musí být zařazen do Střednědobého plánu sociálních služeb kraje)

klienti ve III. stupni závislosti									
počet klientů : 50		úhrada za OD od ZP -300 Kč							
personální obsazení na 50 lůžek				počet úvazků/ 1 lůžko				počet úvazků / 50 klientů	
všeobecná sestra bez odborného dohledu				0.17				8,5 úvazků	
pracovník v přímé péči				0.43				21.5 úvazků	
výpočet příjmů od ZP									
ZP/1 den/ 50 klientů				z toho SZM/1 den/ 50 klientů		ZP/1 měsíc/ 50 klientů		z toho SZM /1 měsíc / 50 klientů	
15 000 Kč				5 000 Kč		450 000 Kč		150 000 Kč	
výpočet příjmů od klienta PnP									
PnP /1 den/50 klientů				PnP/50 klientů/ 1 měsíc					
8 000 Kč				244 000 Kč					
1 den/1 klient									
270 Kč									

Komentář

mzdy pracovníků v přímo obslužné péči: 21.5 úvazku při hrubé mzdě (včetně odvodů) 22 000 Kč =

473 000 Kč, rozdíl měsíční ve vybraných finančních částech z PnP = - 229 000 Kč

mzdy všeobecných sester tj. 8.5 úvazků pracovníků v třisměnném provozu při hrubé mzdě 30 000 Kč (včetně odvodů) -255 000 Kč + 45 000 Kč na 1 úvazek vedoucích pracovníků s

VŠ vzděláním

náklady na SZM za 1 měsíc 150 000 Kč + náklady na mzdy 300 000 Kč na mzdy VS činí 450 000 Kč od ZP

Dle nové metodiky dotací na rok 2015 je úhrada pro domov se zvláštním režimem úhrada 3 000 Kč / 1 měsíc na 1 lůžko/ 50 klientů= 150 000 Kč (poskytovatel musí být zařazen do Střednědobého plánu sociálních služeb kraje)

Příloha č. 2 Ošetrovatelské výkony

Ošetrovatelské výkony jsou rozděleny podle rozsahu a náročnosti ¹

a) **základní ošetrovatelská péče** - malý rozsah a náročnost ošetrování v rozsahu do tří hodin týdně, s ošetrováním uživatele nejvýše jednou denně, paušální hodnota výkonu 250 Kč/ 1 h poskytnuté péče

Základní ošetrovatelská péče - malý rozsah a náročnost ošetrování

Odebrání sesterské anamnézy, vypracování a průběžné hodnocení plánu komplexní ošetrovatelské péče, nácvik potřebných výkonů, ošetrovatelská hygiena, měření krevního tlaku, pulsu a teploty, kontrola glykémie, očištná a léčebná klyzmata, sledování diurézy, cévkování ženy, aplikace neinjekčním léčby, aplikace injekce intramuskulárně a intravenózně, nácvik podávání inzulínu, prevence dekubitů, ošetrovatelská rehabilitace, vyšetření moči, odběr krve a biologického materiálu, konzultace s lékařem, základní výkony psychiatrické domácí ošetrovatelské

Vzdělání pracovníků: všeobecná sestra bez odborného dohledu, která poskytuje péči pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu

b) **komplexní ošetrovatelská péče** - střední rozsah a náročnost ošetrování, v rozsahu do sedmi hodin týdně, s ošetrováním uživatele nejméně jednou denně, paušální hodnota výkonu 300 Kč/ 1 h poskytnuté péče

Komplexní ošetrovatelská péče - těžší rozsah a náročnost ošetrování

Výkony jako a) a péče o nemocného s permanentním katétrem, péče o močový katétr a intravenózní kanylu, pravidelné převazování a dezinfekce, péče o ezotracheální, nasotracheální a tracheostomickou kanylu, práce sestry při domácí peritoneální dialýze, péče o epidurální katetr, polohování, výměna stomických setů s následnou toaletou, aplikace

kyslíku, příprava a podávání infuze, ošetřování dekubitu velikosti do 5 cm², převaz rány velikosti do 5 cm², komplexní výkony psychiatrické domácí ošetrovatelské péče

Vzdělání pracovníků: všeobecná sestra bez odborného dohledu se způsobilostí k výkonu povolání, která poskytuje pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péči se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace,

a) specializovaná ošetrovatelská péče - těžší až závažný rozsah a náročnost

ošetřování, v rozsahu do čtrnácti hodin týdně, s ošetřováním uživatele nejméně dvakrát denně, paušální hodnota výkonu 350 Kč/ 1 h poskytnuté péče

Specializovaná ošetrovatelská péče - závažný rozsah a náročnost ošetřování

Výkony jako a) ab) a výživa u imobilních osob, výživa sondou, ošetřování dekubitu velikosti nad 5 cm², převaz rány velikosti nad 5 cm², opakované odsávání pacienta, programy zvládání bolesti, kontinuální sledování klinického stavu pacienta (měření TK, pulsu, dechové frekvence, tělesné teploty, příjem a výdej tekutin, stolice a sledování jiných funkcí podle ordinace lékaře.

Vzdělání: všeobecná sestra bez odborného dohledu, kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání, včetně dlouhodobé přípravy (specializační vzdělávání formou PSS, Bc ošetrovatelství, Mgr. ošetrovatelství).

Seznam literatury

Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče, výstup z individuálního projektu MPSV, Praha, 2011

Analýza příjemců příspěvku na péči a potencionálních klientů dlouhodobé péče, výstup z individuálního projektu MPSV, Praha, 2011

ARISTOTELÉS, Etika Nikomachova. V Praze, Jan Laichter, 1937

ANDERSON, R., KICKBUSCH, I. Health Promotion: A Resource Book, WHO Reg. Office for Europe, Copenhagen, 1990

BRAVEMAN, P, GRUSKIN, S. Defining equity in health. J. Epidemiol Community Health 2003

- BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ, D. Koordinovaná rehabilitace, Praha, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., 2012
- BŘESKÝ, E. Sociální zdravotnictví, Dr. Ed. Grégr a syn, Praha, 1926
- Celková spokojenost obyvatel se zdravotnickým systémem v ČR, Praha, červen 2011, Centrum pro výzkum veřejného mínění, CVVM SOÚ AV ČR, http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/.../c1/.../es121213, on-line 9. 12. 2012
- ČAP, J. Vývoj sociální péče na Náchodsku, In Almanach Bartoňův okresní chorobinec, Sborník vydaný k příležitosti 80 let existence Domova pro seniory Náchod, 2011
- ČABANOVÁ, B., HÁVA, P. Spravedlnost a solidarita v oblasti sociálně zdravotnických služeb, Praha, Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2008
- ČABANOVÁ, A. Peníze do zdravotnictví chce Rath vybrat na daních, Praha, Lidové noviny, červen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=425924>, on-line 22. 6. 2011
- České zdravotnictví v roce 2050, Modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR, Praha, MZ, 2009 Aktualizace studie na zjištění citlivosti a schopnosti občanů akceptovat prvky motivace a spoluúčasti na péči, projekt Českého zdravotnického fóra, prezentováno v Telči 28.–29. listopadu 2003
- DAAR, K. Ethics in Health Services Management, 4. vydání, Health Profession Press, Inc. Baltimore, 2010
- Děti neplatí od 1. dubna u lékaře, jim i seniorům klesá limit, ČTK, Praha, březen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=413994>, on-line 22. 6. 2011
- DIDERICHSEN, F. Public Equity-oriented National Strategy for Public Health in Sweden, A Case Study Health Sciences, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden Department of Public Health Sciences, 2001, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/119916/E69911.pdf, on-line 10. 11. 2011
- DOSTÁL, O. Právo a přístup ke zdravotní péči, Praha, přednáška, <http://www.czf.cz/clanek>, on-line 22. 6. 2009
- DOSTÁL, O. Zdravotní politika a medicínské právo, Zdravotnictví a finance, č. 1, 2005
- DRBAL, C. The Role of Specialist Ambulatory Care in the Health Care System [in Czech]. Zdravotnictví v České republice, 1999
- ELTERLEIN, E. A kol. Sociální lékařství a organizace zdravotnictví I, ILF Praha, 1984
- ELTERLEIN, E. A kol. Sociální lékařství a organizace zdravotnictví II, ILF Praha, 1985
- ELTERLEIN, E. A kol. Sociální lékařství a organizace zdravotnictví III, ILF Praha, 1984
- ENGLIŠ, K. Sociální politika, Praha, Topič, 1921
- ESPING-ANDERSEN, G. Social Foundations of Postindustrial Economies, Oxford, Oxford University Press, 1999
- Evropská sociální charta, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 14/2000, Praha, leden 2000, Sb.m.s. <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>, on-line 23. 6. 2009
- Evropská komise Healthy life Years Statistics, Eurostat, 2012, dostupné na http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics

- European Commission, HEIDI data tool database, 2012, dostupné na http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm
- FEJTEK, P., PÁNKOVÁ, M. Etika veřejné správy na místní úrovni, soubor modelových iniciativ, Praha, AMOS Typografické studio, 2003
- GIDDENS, A. Sociologie, Praha, Argo, 1997
- GIDDENS, A. Třetí cesta a její kritici, Praha, Mladá fronta, 2004
- GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví, Brno, Computer Press, 2003
- Grémium majitelů lékáren zveřejní další postup proti krajům, Praha, ČTK, červen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=426568>, on-line 23. 6. 2009
- HÁLA, V. Universalismus v etice jako problém, Praha, FILOSOFIA, 2009
- HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří, 2. vydání podstatně přepracované a doplněné, Praha, Havlíček Brain Team, 2010
- HAŠKOVCOVÁ, H. Informovaný souhlas Proč a jak?, Praha, Galén, 2007
- HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika, 3 vydání, Praha, Galén, 2002
- HAŠKOVCOVÁ, H. Může být zdravotní systém sociálně spravedlivý?, Zdravotnické noviny (příloha 20), 20. ledna 1995
- HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přepr. vyd., Praha, Galén, 2007, Health at a Glance 2010, OECD, 2010
- Health at a Glance, OECD Indicators 2011, Paris, Health Data 2011, data extracted on 25 Oct 2012 11:24 UTC (GMT) from OECD.Stat
- Health literacy The solid Editors World Health Organization 2013 Publications, WHO Regional Office for Europe, Denmark
- HEJDUK, Z. Přehled financování jednotlivých segmentů zdravotní péče v ČR, Projekt Optimalizace sítě zdravotních a sociálních služeb, prezentováno v Praze 4. 11. 2011
- HEVLIGEROVÁ, J. Senátoři jsou pro poplatky, chtějí zlevnit léky, Praha, E 15, červen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=430238>, on-line 23. 6. 2009
- HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. Plýtvání v systému péče o zdraví jako významný medicínský, etický, ekonomický a sociální problém, Postgraduální medicína, roč. 3, 2002
- HOLČÍK, J. Podpora zdraví a její teoretická východiska, Podpora veřejného zdraví: teorie a praxe, Hygiena, suplementum, č. 1, 2008
- HOLČÍK, J. Primární zdravotní péče v České republice: Stručná historie a aktuální otázky, Integrovaná péče, 2000
- HOLČÍK, J. Reforma zdravotnictví, Zdravotnictví v České republice, roč. 9, č. 3, 2008,
- HOLČÍK, J. Zdraví jako individuální a sociální hodnota, Zdravotnictví a finance, č. 1, 2005,
- HOLČÍK, J. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví, Brno, MSD, 2009
- HOLČÍK, J. Zvládání zdravotních nerovností, Zdravotnictví v České republice, roč. 9., č. 8, 2010,
- HOLČÍK, J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost, Brno, Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010

- HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A. Sociální lékařství, Brno, Vydavatelství Masarykovy univerzity, 1995
- HOLČÍK, J. Zdraví 21, Výklad základních pojmů, (Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny ve 21. století), Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004
- HOLMEROVÁ, I. Komunikace a etika v geriatрии. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. Etika a komunikace v medicíně, 1. vyd., Praha, Grada, c2011
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., a kol. Vybrané kapitoly z Gerontologie, 3. přepracované a doplněné vydání© Gerontologické centrum, 2007
- CHLEBNÁ, L. Levice omezila poplatky, prosadila jejich zrušení, Praha, Zdravotnické noviny, květen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=422685>
- JAKUBOWSKI, E., CHAMBERS, G. Health Care Systems in the EU - A Comparative Study, upraveno autory, zdroj Kulatý stůl, Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, 1998
- JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví, Praha, Portál, 2009
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. et al. Geriatrie a gerontologie, 1. vyd., Praha, Avicenum, Grada, 2004
- KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví, Praha, Academia, 2005
- KELLER, J. Soumrak sociálního státu, Praha, Sociologické nakladatelství, 2006
- Kraj zaplatil za pacienty 3,7 milionu korun, Praha, IDNES, červen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=429257>, on-line 23. 6. 2009
- KREBS, V. a kol. Sociální politika, Praha, ASPI, 2007
- KREBS, V. a kol. Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech, Praha, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., 2009
- KŘÍŽOVÁ, E. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, Praha, 3. Lékařská fakulta UK, grant IGA MZ ČR, 1998
- KUBÍNOVÁ, M. Systém financování zdravotní péče v ČR a ve Francii, diplomová práce (vedoucí diplomové práce Zuzana Darmopilová), Brno, Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, 2007
- Listina základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku České republiky, ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998, <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>, on-line 23. 6. 2010
- MACEK, J. Základy sociální politiky, I, Úkoly a zásady, Praha, A. Svěcený, 1925
- MÁTL, O., JABURKOVÁ, M. Naše zdravotnictví po vstupu do Evropské unie, Praha, publikace vydána za podpory klubu Evropské lidové strany - Evropských demokratů při Evropském parlamentu, 2007
- MARMOT, M. Fair society, healthy lives , Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, The Marmot Review, February 2010, dostupné: www.ucl.ac.uk/marmotreview
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví, Praha, Grada, 2010
- MITCHELL, E. Typologizace sociálního státu v díle G. Esping-Andersena, leden, 2010 <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=337&lst=119>, on-line 12. 10.

- 2011 Postavení a diskriminace seniorů v České republice, Sborník z mezinárodní konference, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Praha 2006
- MUNKOVÁ, G., a kol. Sociální politika v evropských zemích, Praha, Karolinum, 2005
- Národní kardiovaskulární program, Praha, Česká kardiologická společnost, leden 2000, <http://www.kardio-cz.cz/index.php?desktop=clanky&action=view&id=65>, on-line 11. 6. 2011
- Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, Sbírka zákonů, Česká republika, 307/2012
- Návrh Koncepce zdravotnictví na léta 2005-2009 (souhrn), Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, leden 2005, http://hpsource.org/dl.html?doc=7c590f01490190db0ed02a5070_e20f01, on-line 10. 6. 2011
- Návrh na zrušení ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 8, § 16a odst. 1 písm. f), odst. 9 až 11, § 17 odst. 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13“, § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb., Brno, prosinec 2011, <http://www.concourt.cz/tisk/GetFile?id=6046>, on-line 20. 1. 2012
- Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně-sociální péči, Důvodová zpráva – shrnutí, http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh_vecneho_reseni_problematiky_LT_C.pdf, on-line 5. 7. 2014
- Národní centrum domácí zdravotní péče České republiky <http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>, on line 20. 12. 2014
- Názory veřejnosti na zdravotní systém a spoluúčast pacientů v České republice, Praha, SOCIO web, březen 2011, <http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/188>, on-line 10. 6. 2012
- NEČAS, J. 20 let sociální péče v Československé republice, publikace Sociálního ústavu Československé republiky č. 74, Praha, Ministerstvo sociální péče, 1938
- NOVÁKOVÁ, L. Proces reformy zdravotnictví v ČR v systému národního hospodářství, diplomová práce (vedoucí diplomové práce Petr Musil), Brno, Masarykova univerzita, Ekonomicky-správní fakulta, 2006
- NOVOTNÁ, M. Lékařství na Moravě v Pobělohorském období, diplomová práce (vedoucí diplomové práce Zbyněk Sviták), Brno, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2007
- PAICHL, P. Rozvoj české chirurgie, Praha, http://www.paichl.cz/paichl/knihy/CHIRURGI_Praha.htm, on-line 28. 8. 2011
- PAPEŽ, Z. Primary Care and Health Care System [in Czech], Zdravotnictví v České republice, 1998
- PAVLÍKOVÁ, O. Co se stalo v Českém zdravotnictví v roce 2008, Zdravotnické noviny, roč. 2, 2009,
- Pojišťovna Metal-Alliance dala pokutu za nevybírání poplatků, Praha, ČTK, květen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scrips.detail.php?id=423724>, on-line 23. 6. 2009
- PAYNE, J. et al. Kvalita života a zdraví, Praha, Triton, 2005

- POKORNÝ, M. Opozice bere nemocnicím miliardy, Praha, Hospodářské noviny, květen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=423020>, on line 7. 7. 2009
- POTŮČEK, M. a kol. Jak jsme na tom. A co dál?, Praha, Slon, 2005
- POTŮČEK, M. Cesty z krize, Praha, Slon, 2011
- POTŮČEK, M. a kol. Průvodce krajinou priorit pro Českou republiku, Praha, Gutenberg, 2002
- POTŮČEK, M. Křižovatky české sociální reformy, Praha, Slon, 1999
- POTŮČEK, M. a kol. Veřejná politika, Praha, Slon, 2005
- PRUDKÝ, L. a kol. Studie o hodnotách, Plzeň, Vydavatelství a nakladatelství A. Čeněk, 2009
- Přehled koncepčních materiálů ke zdravotnictví v ČR, Praha, Ministerstvo zdravotnictví, 2009
- Reforma zdravotnictví, Praha, přednáška, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008, http://www.ods.cz/docs/dalsi/reformni_kroky_vlady-juline.pdf, on-line 20. 10. 2010
- Reformy zdravotnických systémů - poučení ze zkušeností, Kostelec nad Černými lesy, IZPE, 2004
- Support Ukraine, Univerzita Karlova v Praze, Praha, květen 2004, seminář k dílu prof. MUDr. Jana Horbaczewského, <http://www.ukrajinci.cz/cs/publikace/clanky/detail/jan-horbaczewski-1551854-51942/>, on-line 10. 6. 2011
- SOKOL, J. Etika a život, Praha, Vyšehrad, 2010
- SOKOL, J. Moc, peníze a právo, Plzeň, Vydavatelství a nakladatelství A. Čeněk, 2007
- SOKOL, J. Malá filosofie člověka a slovník filosofických pojmů, 6. přepracované vydání, Praha, Vyšehrad, 2010
- SOLAR, O., IRWIN, A. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, WHO, květen 2005
- SVOBODOVÁ, M. Soud opět zakázal proplácení poplatků, tentokrát Rathovi, Praha, <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/soud-opet-zakazal-proplaceni-poplatku-tentokrat-rathovi-416201?category=z-domova>, on-line 23. 6. 2009
- Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí, Hodnocení zdravotního stavu, Studie HELEN Praha, červenec 2012, http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_11/HELEN_2012.pdf
- Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011, Praha, MPSV, 2011
- SVERDÍK, M. Kraj platí za stále více lidí, Praha, IDNES, červen 2009, <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=>, on-line 23. 6. 2009
- ŠIMEK, J., ŠPALEK, V., KŘÍŽOVÁ, E., JANEČKOVÁ, H. Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa, Praha, Karolinum, 2002
- ŠTEFLOVÁ, A. Development of Primary Care in the Czech Republic [in Czech], Lékařské listy, 1998

- TAJOVSKÝ, L., TOMÍČEK, P., CHALUPECKÝ, P. Švédský model a jeho vývojové fáze, Ekonomická revue – Central European Review of Economic Issues, č. 12, 2009
- Text nálezů ve věci Pl ÚS 1/08 – návrh na zrušení zákona o stabilizaci veřejných o stabilizaci veřejných rozpočtů, zákon č. 261/2007 Sb., <http://www.acmn.cz/file.php?nid=1140&oid=955160>, on-line 20. 6. 2011
- The Right to the Highest Attainable Standard of Health, srpen 2000, <http://www.cetim.ch/en/documents/codesc-2000-4-eng.pdf> on-line 10. 11. 2010
- TOMEŠ, I. Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost, 2. vydání, Praha, Socioklub, 2001
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, Praha, duben 1997, Série Evropských úmluv - č. 164, http://www.komorazachranaru.cz/download/umluva_o_biomedicine.doc, on-line 10. 6. 2011
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol, Praha, MPSV, 2011
- VÁLKOVÁ, M., KOREJSOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice, Praha, MPSV, 2009
- Vaše práva v oblasti sociálního Zabezpečení ve Švédsku, 2012 http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_cs.pdf), on line 10. 12. 2014
- Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení ve Francii, 2012 http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France_cs.pdf, on line 10. 12. 2014
- Věcný záměr zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče, Závěrečná zpráva hodnocení dopadů regulace RIA
- VEPŘEK, J., PAPEŽ, Z., VEPŘEK, P. Systém změn v režimu úhrady za poskytnuté zdravotní služby (1. etapa), Praha, Útvar vědeckých informací při MZČR, 1995
- VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J. Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra, Praha, Grada Publishing, 2002
- VEPŘEK, P. Zdravotnictví řízené občanem, II. kolo reformy zdravotnictví, Praha, leden 2006 <http://www.sdruzeniobcan.cz/index.php?cmd=page&id=4&LanguageID=1>, on line 9. 10. 2011
- VOSTATEK, J. Zdravotní pojištění a zabezpečení, Zdravotnictví v ČR, roč. 3, 2010 Obesity. Facts and Figures, World Health Organization, dostupné na stránkách WHO (odkaz?), on-line 14. 3. 2012 Global Status Report on Alcohol and Health 2011, Geneva, WHO, 2012
- WIJA, P. Podkladový materiál k problematice dlouhodobé péče a zdravého stárnutí. Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, 2013
- Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, Praha, MPSV, 2012

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, 20/1966 Sb., <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=1966&cz=20>, on-line 20. 6. 2011
- Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů ze dne 19. září 2007, <http://portal.gov.cz/zakon/261/2007>, on-line 20. 6. 2011
- Zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=75482&nr=369~2F2011&rpp=15#local-content>, on-line 11. 10. 2012
- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>, on-line 11. 10. 2012
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kol., Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, Praha, Nakladatelství Karolinum, 2004
- Zdraví 21, Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace, Praha, MZ, 2001
- Zdravotnická ročenka Česká republika 2009, Praha, ÚZIS, 2009
- Zdravotnická ročenka Česká republika 2011, Praha, ÚZIS, 2011
- Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Praha, MZ, 2009
- Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, Identifikované problémy financování a možnosti jejich řešení, Praha, MZ, 2009
- Zkušenosti ze zahraničí – podněty a informace z mezinárodní konference „Integrované služby a podpora stárnutí v komunitě - Podpora rozvoje komunitních zdravotních a sociálních služeb“, Praha, 12. května 2014)
- ŽÁKOVÁ, J. Historické proměny nezaměstnanosti, diplomová práce (vedoucí práce Pavel Neumeister) Olomouc, Univerzita Palackého, Katedra pedagogiky, 2010

Seznam grafů

Graf 1: Základní zdroje financování služeb sociální péče	69
Graf 2: Komparativní analytické schéma procesů ve zdravotnictví.....	117
Graf 3: Naděje na dožití ve věku 45 let.....	132
Graf 4: Naděje na dožití ve věku 65 let.....	133
Graf 5: Počet případů úmrtí na ischemickou chorobu srdeční (přepočteno na 100 tis. obyvatel)	134
Graf 6: Počet případů úmrtí na akutní infarkt myokardu (přepočteno na 100 tis. obyvatel) .	135
Graf 7: Procento populace starší 15 let každodenně kouřící tabákové výrobky	139
Graf 8: Podíl populace starší 15 let trpící obezitou	140
Graf 9: Počet akutních lůžek na 100 tis. obyvatel	141
Graf 10: Počet nestátních lůžkových zdravotnických zařízení (procento z celkového lůžkového fondu).....	142

Graf 11: Průměrná délka hospitalizace ve zdravotnických lůžkových zařízeních	143
Graf 12: Počet praktických lékařů přepočtený na 100 tis. obyvatel.....	144
Graf 13: PTCA postupy na 100 tis. obyvatel.....	146